Chir. 12 k Bardenheuer

Jahres-Bericht

über die

Chirurgische Thätigkeit

im

Cölner Städtischen Bürger-Hospitale

während des Jahres 1875

von

Dr. B. BARDENHEUER,

Ober-Arzt der chirurgischen Abtheilung des Bürger-Hospitals.

Mit 50 in den Text gedruckten Holzschnitten.

Cöln, 1876.

Verlag und Druck der Rommerskirchen's Buchhandlung
(J. Mellinghaus).

42 G

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Seinem Vorgänger

dem

Herrn Geh. Sanitäts-Rathe

Dr. Otto Fischer

Ritter p. p.

in Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Wichtigkeit von Jahresberichten, welche die Resultate grösserer Kranken-Anstalten zusammenstellen, ist seit dem Erscheinen der bahnbrechenden Arbeiten Billroth's (chirurgische Klinik, Zürich 1860—67) für die ganze Entwicklung der Chirurgie eine so anerkannte Thatsache, dass es überflüssig wäre, hierüber weiter Worte zu verlieren. Ich will nur erinnern an die Worte Volkmann's in seinen „Beiträge zur Chirurgie, Leipzig 1873“: „Unter den grossen Verdiensten, die sich Billroth um die Förderung der modernen Chirurgie erworben hat, rechne ich die Herausgabe seiner klinischen Berichte nicht zu den geringsten.“ Wir sehen daher auch von jener Zeit an solche Jahresberichte sich immer mehr häufen. Bis dahin erschienen aus verschiedenen Kliniken nur Berichte über einzelne Operationen, welche schon desshalb ohne Werth waren, weil sie nicht einmal auf eine genügende Reihe von Fällen fussten. Sie stammten vielleicht von Chirurgen, die gerade in diesem Theile der Chirurgie höchst günstige Erfolge erzielten, während daneben die minder glücklichen Resultate Anderer auf gleichem Gebiete unbekannt blieben. Um aus einer Statistik wirklich brauchbare Schlüsse für die Praxis ziehen zu können, ist es nöthig, dass eine Reihe möglichst umfangreicher und genauer Jahresberichte von einer grösseren Zahl von Hospitälern, um nicht zu sagen von allen Hospitälern vorliegen. An der Hand einer solchen erschöpfenden Statistik, die noch dazu über eine lange Reihe von Jahren ausgedehnt werden müsste, wird es erst möglich sein, über die wichtigsten Fragen der Chirurgie Klarheit und Einsicht zu gewinnen. Werfen wir z. B. die Frage auf von der Zulässigkeit der Fussgelenk-Resectionen, resp. ihrer Indicationen, so erkennen wir sofort, dass diese Frage nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse noch gar nicht zu entscheiden sein wird. Wie wenig dieselbe noch zu einem endgültigen Abschlusse gediehen,

kann man daraus ersehen, dass Dr. Max Schede in Volkmann's klinischen Vorträgen „Ueber partielle Fuss-Amputationen" die Resection bei chronischer Vereiterung des Fussgelenks verwirft, während er sie in ihrer ganzen Geltung bei Traumen und acuten Gelenkeiterungen bestehen lässt. Ich für meinen Theil möchte die Resection des Fussgelenkes auch auf die chronischen Entzündungen desselben ausgedehnt wissen, natürlich unter der Voraussetzung, dass aus dem Allgemeinbefinden des Kranken keine Contra-Indication abgeleitet werden kann. Zur Entscheidung einer solchen Frage genügt nun keineswegs etwa das Urtheil eines erfahrenen Praktikers, möge er in seiner Erfahrung über eine noch so grosse Reihe von Fällen verfügen. Denn vielleicht hatte er das Glück, gerade Patienten von einer sehr guten Constitution in Behandlung zu nehmen; vielleicht übte er seine Praxis in einer Gegend, wo die gesellschaftlichen Verhältnisse eine bessere Entwicklung der Menschen bedingte; vielleicht führte diesem Chirurgen der Zufall gerade Patienten aus einem für die Operation günstigen Lebensalter zu u. s. w. Die Erfahrung eines einzigen Mannes gilt in unserer Zeit, wo eben die gesammte Erfahrung wissenschaftlich berechnet werden soll, nichts mehr. Es ist daher nöthig, dass alle Fachmänner, welche über einen grossen Wirkungskreis verfügen, jeder an seinem Platze zu diesem allgemeinen Werke mit beitragen. Je häufiger sie über ihre Thätigkeit Bericht erstatten, um so leichter wird es nach Jahren möglich sein, aus einer solchen Statistik praktische Schlüsse zu ziehen und damit zugleich das Odium, welches trotz des redlichen Strebens mancher Forscher noch immer auf der Statistik ruht, allmälig zu beseitigen.

Von diesen Gesichtspunkten geleitet, ist es meine Absicht, bei jedem Jahreswechsel die Resultate des vergangenen Jahres zusammenzustellen und darüber ab und zu nach Zeit und Gelegenheit Bericht zu erstatten. Ich komme dadurch zugleich in die Lage, mir bei jedem Jahresabschlusse Rechenschaft über meine Thätigkeit zu geben und gewissermassen eine Selbstcontrole auszuüben. Gleichwie der Kaufmann, wenn er einen genauen Einblick in seine Vermögensverhältnisse gewinnen will, ab und zu Bilanz macht und sich hierbei häufig auf Irrthümern ertappt, wo er bei einer oberflächlichen Uebersicht seiner Finanzen zu

sehr zu seinem Vortheile gerechnet hatte, so mag es auch wohl oft dem Chirurgen ergehen, wenn er seine Resultate vor seinem Geiste Revue passiren lässt; es mag sich da wohl oft ereignen, dass er findet, die Zahl der unglücklichen Fälle unterschätzt, die der glücklichen überschätzt zu haben. Billroth sagt in seinem oben citirten Werke ganz richtig: „Bald wird die Zeit kommen, wo auch unsere Collegen und Schüler strengere Anforderungen an uns und unsere Handlungen legen, wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über die Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Charlatan hält, der nicht im Stande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“

Es ist für einen Mann, welcher fortschreiten und nicht stehen bleiben will, nöthig, dass er seine Fehler eingesteht, dass er sich derselben auch erinnert; er ruft sich damit zu gleicher Zeit auch die Mittel in's Gedächniss, selbige in Zukunft zu vermeiden. In früherer Zeit ging man nur gar zu gerne über die Nichterfolge mit Stillschweigen hinweg; in der Jetztzeit dagegen schämt sich der rationelle Arzt auch nicht mehr seiner Misserfolge. Meister der Chirugie gestehen gerne ihre Fehler ein. Wer nicht aufhört zu lernen, übersieht, wo auch immer er auf seiner Laufbahn Umschau hält, eine continuirliche Reihe von Fehlern und Missgriffen, die er gemacht. Sind sie mit der Zeit kleiner und seltener geworden, so darf er mit ruhigem Gewissen auf sie zurückschauen. Ein Glück in der Chirurgie, wie Pirogoff will; priviligirte Chirurgen, die, wie er meint, immer gute Karten spielen, gibt es nicht. Wissen und Können sind die einzigen Factoren, welche die Resultate entscheiden. „Für jeden Pyaemiefall, für jedes Erysipel, für jede einzelne Eitersenkung, für jede Amputationsnecrose ist der behandelnde Chirurge verantwortlich,“ sagt Volkmann. In dem Bewusstsein, Alles nach bestem Wissen und Wollen unternommen zu haben, übergebe ich die Resultate meines Handelns der Oeffentlichkeit. Ich mache nur darauf aufmerksam, dass manches in diesen Berichten lückenhaft erscheinen mag; als Entschuldigung hierfür darf ich wohl die Ueberladung mit Arbeit sowohl meinerseits wie von Seiten meiner Assistenten anführen. Der mehrmalige Wechsel der Letzteren und der Anfang meiner Thätigkeit als Oberwundarzt

des hiesigen Hospitals im vergangenen Jahre lassen diesen Umstand natürlich erscheinen. Da die Verwaltung mir einen dritten Assistenten bewilligt hat und ich für meine Person nun auch die Erfahrungeu verwerthen kann, welche ich bei Anlegung dieses ersten Berichtes gewonnen habe, so darf ich wohl hoffen, dass es mir für die Zukunft gelingen wird, mit einem weit geringeren Aufwand von Zeit vollständigere und genauere Berichte zu liefern. Es mag auch wohl hin und wieder zutreffen, dass ich in meiner Vertheidigung des antiseptischen Verbandes vielleicht etwas zu scharf für jeden unglücklichen Fall nach Fehlerquellen gesucht und selbige vielleicht zu weitgehend gefunden zu haben glaube. Das darf ich wohl versichern, dass mich bei der ganzen Arbeit nur das Streben nach Wahrheit leitete, und meine eifrigste Sorge immer gewesen ist, den wahren Sachverhalt getreu darzustellen.

Ehe ich meinen Bericht beginne, halte ich es für nöthig, einige allgemeine Bemerkungen über Einrichtung und Constitution des hiesigen Hospitals voraus zu schicken, indem gerade dies für eine Statistik Dinge von ausserordentlicher Wichtigkeit sind; diesen Bemerkungen werde ich dann die Beschreibung der bei uns befolgten Behandlungsmethode anschliessen.

Das Cölner Bürgerhospital beherbergt 900 Insassen, darunter 300 Invaliden. Es liegt in der Mitte der Stadt auf einem Areal von etwa 5 Morgen, rings von Häusern umgeben. Seit dem Jahre 1847 dem Gebrauche übergeben, ist dasselbe in einem architectonisch einfachen Stile gehalten, und bildet ein Quadrat, von welchem drei Flügel, nämlich der westliche, nördliche und südliche für die Krankenstuben in Anspruch genommen werden, während der östliche durch eine Colonnade mit der in der Mitte befindlichen Kirche geschlossen wird. Die Colonnade mündet beiderseits in die Corridore des Hauptgebäudes, und unmittelbar hinter der südlichen in der Verlängerung des gleichnamigen Flügels liegt das Leichenhaus. Diese Baulichkeiten umschliessen einen wirklich schönen und grossen Hofraum, in dessen Mitte ein neu angelegter Springbrunnen bei der Sommerhitze eine angenehme Kühle verbreitet. Rings um das ganze Gebäude herum zieht sich nur noch ein schmaler Streifen Garten, welcher indess auch noch zum Theil mit Nebengebäuden, Verwaltungsräumen,

Stallungen, Spritzenhäusern, Leichenhaus, Baraken besetzt ist, so dass die Luftcirkulation eine sehr gehemmte ist. Ausser dem Souterrain, welches als Waschküche, Küche, Werkstätte etc. für die verschiedenen Handwerker dient, finden sich drei Stockwerke; es zeigt sich also gleich der Fehler, der allen in jener Zeit angelegten Krankenhäusern anhaftet, nämlich der, zu viele Stockwerke zu haben. Ein fernerer Uebelstand in der Bauart dieses für seine Zeit wirklich gut und musterhaft angelegten Hospitales zeigt sich in dem Umstande, dass bei der Anlage das Corridorsystems befolgt ist. Auf den beiden Seitenflügeln ziehen sich, den Krankenzimmern entlang Corridore, die zwar breit, schön und geräumig sind, aber trotz dem die übele Eigenschaft aller Corridore theilen, dass sie alle Krankenzimmer einer jeden Etage und durch die Treppe die aller Etagen in freieste Verbindung setzen; überdies ist das geschilderte Corridorsystem nicht einmal ganz ein streng einseitiges, da der Corridor der beiden Seitenflügel an seinen beiden Endpunkten östlich und westlich von einer Doppelreihe von Zimmern begrenzt ist.

In früherer Zeit, als der Andrang von Kranken weniger gross war, wären etwa in der Mitte der beiden Seitenflügel noch Quercorridore, wodurch die Erneuerung der Luft auf den Gängen rege erhalten wurde. Leider sind sie später zu Zimmern umgewandelt worden; jedenfalls gegen die ursprüngliche Absicht des Baumeisters, welcher die Wichtigkeit dieser Luftzüge wohl kannte. Die Ventilation wird im Ganzen und Grossen auf folgende Weise bewerkstelligt. In jedes Zimmer mündet in einen den Ofen umgebenden Mantel, welcher nach oben in ein offenes Rohr ausläuft, ein, unter dem Fussboden hinziehender Canal, der durch die Dicke der Mauer verläuft und aussen frei endigt. Wird demnach im Winter die Luft im Innern des Mantels durch Heizung des Ofens erwärmt, so steigt dieselbe nach oben durch das auslaufende Rohr in's Zimmer, während kalte Luft von draussen nachgesogen wird. Diese Einrichtung tritt also nur im Winter in Wirksamkeit. Aber es ziehen nun ausserdem vom Boden der ersten Etage bis in die Dachspitze hinein hölzerne Röhren, die durch Klappen mit den Zimmerräumen communiciren, und durch welche, wie durch Kamine die schlechte, wärmere Luft der Zimmer nach aussen steigt. In die Corridore münden an dem Fussboden

ähnliche quer durch die Mauer verlaufende Züge. Gänge und Krankenzimmer sind mit sehr schönen, grossen Fenstern versehen, welche indess nur in der Mitte durch ein 1 Fuss breites und 2 Fuss hohes Flügelfenster geöffnet werden konnten, so dass die natürliche Ventilation, welche doch jedenfalls in erster Linie bei der Erneuerung der Luft in einem Krankenhause in Betracht kommt, sehr gehemmt war. Diesem Uebelstande wurde seitens der Armendeputation in der Weise abgeholfen, dass nunmehr das ganze obere Drittel eines jeden Fensters um eine, in seiner Mitte befindliche Axe drehbar ist, wodurch gegenwärtig eine Tag und Nacht andauernde natürliche Ventilation über den Köpfen der Kranken hinweg stattfindet. Ich muss es für einen Uebelstand erklären, dass die Waschküche im Souterrain direct unter den Krankenzimmern der weiblichen Station liegt, wenigstens sind die betreffenden Zimmer die schlechtesten meiner ganzen Abtheilung und kann ich Letzteres nur diesem Umstande zuschreiben. Schliesslich kann ich mir nicht versagen, die Aufmerksamneit darauf zu richten, dass in einer Ecke der weiblichen Station mephitische Dünste aus den Latrinen aufsteigen, die sich auf dem betreffenden Gange weiter verbreiten. An dieser Stelle waren denn auch immer die Resultate höchst ungünstige.[1])

Eine sehr vortreffliche Einrichtung verdankt das hiesige Hospital dem Scharfsinne meines hochverdienten Vorgängers, des Herrn Geheimrath Dr. Fischer. Es ist dies der sogenannte Desinfector. Derselbe besteht aus einem 8 Fuss hohen, 6 Fuss breiten, 10 Fuss tiefen eisernen Kasten, von Mauerwerk so umgeben, dass nur die Thürseite frei bleibt; die Thür dieses Behälters ist aus dicken Eisenplatten geschmiedet. An allen Wänden desselben läuftvon innen ein Röhrensystem, welches von dem Dampfkessel des Hospitals gespeist wird. Die einzelnen Röhren sind 6 Zoll von einander entfernt und haben einen Diameter von 2 Zoll. Das vordere Röhrensystem, welches der Thüre entspricht, ist wie diese um eine seitliche Axe drehbar. In diesem Desinfector kann eine Hitze von 90 Grad erzeugt werden. Durch einen Aufzug, welcher ähnlich construirt ist wie die bekannten Aufzüge in den Hotels und ebenfalls durch Dampf in Bewegung gesetzt wird, werden die Betten aus allen Etagen herangebracht, in den Desinfector hineingeschoben und

nun desinficirt. Die dort herrschende, trockene Wärme ist ein unfehlbares Mittel zur Tödtung von Wanzen und jeder Art von Ungeziefer; sie wird auch vortheilhaft benutzt zur Desinficirung von Rosshaaren, Matratzen u. s. w. Es ist denn auch in der That eine bei dieser sorgfältigen Behandlung zwar nicht auffällige aber ganz überraschende Erscheinung, dass im hiesigen Hospital gar kein Ungeziefer vorkommt. Die ganze Einrichtung, construirt nach dem Plane des Herrn Geheimrath Dr. Fischer und ausgeführt seitens des Herrn Baumeister Ditmar, erweist sich demnach als eine höchst nützliche und zweckmässige.

Der Operationssaal, dessen ich mich bei allen grössern Operationen zu bedienen habe, steht in seiner Anlage, namentlich was die Beleuchtung angeht, wohl nicht ganz auf dem Standpunkte der neuesten Erfahrungen. Ich hatte mit Rücksicht darauf den Umbau desselben in der Weise begehrt, dass es dadurch möglich würde, wenn nöthig, auch mittelst Oberlicht zu operiren. Die Armen-Deputation ging bereitwilligst auf meine betreffenden Vorschläge ein und beantragte einen desfalsigen Credit bei der Stadtverordneten-Versammlung, welche letztere denselben aber zu meinem Leidwesen nicht genehmigte. Der Operationssaal liegt in der Mitte des Querflügels, hofwärts nach Osten hin und hat im Sommer, gerade zur Zeit, wann die Operationen ausgeführt werden, das directe Sonnenlicht. Das Fenster ist aber für einen Operationssaal ziemlich klein und nicht besonders hoch, so dass bei schwierigen Operationen, besonders bei sogenannten Höhlenoperationen die Beleuchtung wirklich ungenügend erscheint. Die unausbleibliche Folge davon ist, dass die Ausführung einzelner, namentlich der sehr schweren Operationen längere Zeit in Anspruch nehmen muss, als unter günstigern Beleuchtungsverhältnissen erforderlich sein würde; eine Thatsache, die jedem Operateur verständlich sein wird. Ich bin weit davon entfernt, den ungünstigen Verlauf irgend einer von mir ausgeführten Operation direct dem mangelhaften Lichte zuzuschreiben; stellt man ja an einen Operateur mit Recht die Anforderung, auch bei schlechtem Lichte operiren zu können, und jeder Operateur wird leider oft genug in der Lage gewesen sein, dies zu erproben. Aber das alles hindert ja nicht, dass derselbe gerade da, wo er für gewöhnlich operirt, wo er mit Bequemlichkeit die schwersten Operationen auszuführen

wünscht, sich auch die möglicht angenehmsten Verhältnisse zu schaffen sucht. Sobald er sein Operationsfeld frei zu wählen in der Lage ist, ist nichts natürlicher, als dass er dasselbe auf das günstigste Terrain verlegt. In diesem Jahre (1876) kommen, soweit ich sehe, auf jeden Monat ungefähr über 120 Operationen. Der Wunsch für eine solche Anzahl die günstigsten Bedingungen bei der Ausführung zu schaffen, dürfte somit sehr berechtigt sein, und so gestattete ich mir denn das Gesuch, durch Vorbau nach der Hofseite hin einen Operationssaal mit Oberlicht herzustellen, wie er beispielsweise in Halle besteht und sich daselbst nach einer brieflichen Mittheilung von Herrn Professor Volkmann[2]) auf das Vortrefflichste bewährt, so dass bei dem Baue des neu projectirten chirurgischen Hospitals daselbst die Anlegung eines Operationssaales mit Oberlicht im Bauplane mit vorgesehen ist. In Hamburg bewährt sich ebenfalls das Oberlicht vortrefflich. Auch nahm ich Veranlassung, das Urtheil von Professor Spencer-Wells in London, wohl der ersten Autorität der Jetztzeit auf dem Gebiete der Ovariotomie, über die Nützlichkeit des Oberlichtes bei diesen Operationen einzuziehen. Dasselbe lautete ebenfalls zu Gunsten des Oberlichtes. [3]) Der Einwurf, dass die meisten Hospitäler doch keinen Operationssaal mit Oberlicht haben, ist nicht stichhaltig. In den Universitätskliniken sind die Fenster dieser Räume gewöhnlich sehr breit und sehr hoch, gehen durch zwei Stockwerke durch, und dies nicht etwa allein wegen des Amphitheaters, sondern auch entschieden des bessern Lichtes halber. Hier ist aber wie erwähnt, das Fenster verhältnissmässig klein und lässt noch dazu im Sommer oft ein blendendes Sonnenlicht durch, welches den Operateur zwingt, die Fenstervorhänge herabzulassen, so dass man dann genöthigt wird, in einer Art von Halbdunkel zu arbeiten.

Ein grosser Uebelstand im hiesigen Hospital ist entschieden die Ueberfüllung seiner Räume mit Kranken. Der Zudrang ist mitunter ein so starker, dass man wirklich überlegen muss, wie Raum schaffen, um den Anforderungen zu genügen. Nur selten ist es möglich ein Zimmer auf längere Zeit leer stehen und auslüften zu lassen. Diesem Uebelstande muss jedenfalls in Zukunft in der einen oder andern Weise Abhülfe geschaffen werden. Bei meiner Uebernahme desselben fand ich von vorn herein nicht die

besten hygieinischen Verhältnisse vor; jede grössere Operation nahm fast ausnahmslos einen unglücklichen Ausgang und daher waren meine Resultate in den ersten zwei Monaten, den zwei letzten Monaten des Jahres 1874, recht schlechte. Ich lasse unten Belege für diese Behauptungen folgen, bemerke nur, dass man keine genaue und ausführliche Krankengeschichten fordern darf, indem gerade damals die praktische Arbeit für mich und meine Assistenzärzte eine kaum zu überwältigende war. Um diesen Uebelständen beizukommen, wurden neue Baraken von je sechszehn Betten, für jede Station eine, bewilligt, und mir die Einführung des Lister-schen Verbandes auf die lieberalste Weise gestattet, wodurch der Stadt eine Mehrausgabe von 4000 Thlr., entsteht. Derselbe wurde von mir genau nach Lister ausgeführt; ich verweise daher nur auf die Uebersetzung: Thamhayn „Der Lister'sche Verband." Indess muss ich gleich erwähnen, dass ich einige Fehler in der Behandlung begangen habe; ich habe die Reizung der Wunde durch die Carbolsäure zu sehr unterschätzt und schreibe diesem Umstande hauptsächlich die schlechteren Resultate zu, die ich mit der Lister'schen Verbandmethode, gegenüber der Thiersch-schen erzielthabe. Die Vorschrift sagt, man solle so rasch wie möglich verbinden, um den Reiz, welcher durch die Carbolsäure gesetzt wird, so viel als möglich zu verringern. Ferner verlangt die Anweisung, man solle den Verband so oft wechseln, als er durchtränkt sei. Diese Bestimmungen nahm ich sehr genau und verband innerhalb 24 Stunden oft 3—4 Mal. Natürlich fand der Verbandwechsel stets unter dem Carbolsäureregen statt. Dabei konnte ich mir nicht versagen, die Wunde jedesmal auszuspritzen und setzte durch dieses Ausspritzen mit einer Carbolsäurelösung abermals einen neuen Reiz. Durch die Summirung dieser Reize, das häufige Verbinden und Ausspritzen, den häufigen Contact mit dem Carbolsäureregen und der Carbolsäurelösung ist es wohl bedingt, dass die Erfolge der Lister'schen Methode hierorts nicht so frappant waren, als die der Thiersch'schen. Kaum hatte ich mich mit der Lister'schen Verbandmethode etwas vertraut gemacht, und die oben erwähnten Fehlerquellen eliminirt, da fiel mir das epochemachende Werk von Thiersch in die Hände. Ich machte Versuche nach demselben und war sofort von den Resultaten so entzückt, dass ich die Lister'sche Methode verliess,

deren Erfolge sich doch um ein ganz Bedeutendes von den Resultaten der vorgegangenen Zeit unterschieden. Sie besserten sich nämlich gleich Anfangs mit Anwendung des Lister'schen Verbandes; aber die entschiedenste Wendung beobachtete ich erst nach Ersetzung desselben durch den Thiersch'schen. Seit jener Zeit ist die Pyaemie, welche sonst fast die constante Ursache aller tödtlich verlaufenden Operationen war, eine Seltenheit geworden, namentlich im Verhältniss zur grossen Zahl und Grösse der ausgeführten Operationen; zudem trat sie meist in den Fällen auf, wo eine ordentliche Thiersch'sche Behandlung unmöglich war oder eine solche nicht von Anfang an stattgefunden hatte. Die mit dieser Methode erzielten Resultate sind oft wahrhaft staunenswerth; es sind Fälle verzeichnet, wo der Operirte, resp. Verletzte nur einige Male während der ganzen Dauer der Behandlung verbunden wurde. Zur Illustration möge eine Beschreibung des Verlaufes einer Amputation des Oberarmes dienen, bei welcher der Verband während der ganzen Zeit der Behandlung nur dreimal erneuert wurde. Der Fall hat auch noch ausserdem das besondere Interesse, dass vor der Operation hohes Fieber bestand, welches auch am ersten Tage nach derselben noch etwas aufflackerte, um dann für immer zu verlöschen.

Herr F. aus Cöln, 42 Jahre alt, schoss sich beim Herausnehmen eines Revolvers aus der Tasche durch die linke Hand. Die Kugel drang in der Gegend des dritten Metacarpus in die Vola manus ein. Der behandelnde Arzt entfernte dieselbe auf dem Handrücken durch Einschnitt; die Wunde ward vernäht, Eis aufgelegt, Patient hütete das Bett. Trotz dieser rationellen Behandlung trat bald heftiges Fieber ein, so dass Patient sechs Tage nach der Verletzung am 29. September das Hospital aufsuchte.

29. September. Behandlung nach Thiersch.

2. October. Die Temperatur war von Tag zu Tag langsam gestiegen und betrug Abends 39,9; die Hand ödematös geschwollen, sehr schmerzhaft, nirgends Eiter zu entdecken. Trotzdem machte ich der Spannung wegen und um der vielleicht retinirten Jauche Abfluss zu schaffen, zwei tiefe Incisionen auf dem Handrücken.

3. October. Morgens, Temperatur 40,2; Wunde sieht missfarbig aus, Oedem ist bis zum Ellenbogen gestiegen, Patient sehr

unruhig, delirirt. Oedem steigt bis Mittag immer mehr, Delirien nehmen zu, Zunge trocken, fuliginös belegt, Gesicht verfallen. Eine septische Infection mit Bestimmtheit voraussetzend, entschliesse ich mich zur Amputation des Armes. Diese wird in der Form des zweiseitigen Cirkelschnittes mit einem vordern und hintern Längsschnitte unter Anwendung aller Cautelen der antiseptischen Behandlungsmethode vorgenommen. Das Periost wurde, wie ich jetzt noch zu thun pflege, mit Erhaltung der Muskelnansätze einen Zoll weiter abpraeparirt und nachher mit Catgutligaturen als schützender Sack über Knochenstumpf und Markhöhle geschlossen. (Noch habe ich bei Keinem auf diese Weise Amputirten Entzündung des Knochens resp. Knochenmarks oder Nekrosis mit Fistelbildung beobachtet.) Es wurden sehr viele, wenigstens 25 Catgutligaturen angelegt und der Lappen durch Catgutsuturen in der Mitte vernäht. Zwischen die Lappen wurde ein Drainagerohr gelegt. Die Drainage wurde in der Ebne der Wundränder abgeschnitten, der Stumpf wurde dann mit Mull (Lister'sche Gaze) bedeckt und darüber erst eine Lage der stärkeren, darauf eine der schwächeren Salicylwatte gelegt; beim Anlegen wurde wohl darauf geachtet, dass die Lappen des Stumpfes gut adaptirt waren.

3. October. Abends, am Tage der Operation Temperatur 39,4; allgemeines Befinden viel besser, Patient spricht vernünftig, Haut mit Schweiss bedeckt, Verband durchfeuchtet, wird indess trotz des hohen Fiebers nicht gewechselt, weil die Temperatur doch im Laufe des Tages um einen Grad gefallen war, und ich von der Annahme ausging, dass die Erhöhung derselben nur noch Nachwirkung der schon vor der Operation in's Blut aufgenommenen septischen Stoffe sei.

5. October. Temperatur normal 37,7.

10. October. Temperatur nie höher als 37,8; Patient hat über nichts zu klagen. Der Stumpf ist allmälig durch die verschiedenen Wattelagen so dick geworden, dass am 10. Tage nach der Operation der erste Wechsel des Verbandes zur grösseren Bequemlichkeit des Patienten nöthig war; anderweitige Indicationen lagen nicht vor. Die Autopsie ergibt, dass die Lappen etwas klaffen; indess ist die Tiefe mit schönen Granulationen

ausgefüllt, die Eitersammlung eine auffallend geringe, die Suturen haben bereits die Lappen durchschnitten, so dass die Ränder derselben wie mit breiten Zähnen besetzt erscheinen; das Drainagerohr wird jetzt entfernt.

21. October. Temperatur nie über 37,7; Verband abermals gewechselt, jedoch nur in der Absicht, um zu sehen, wie die Sache sich mittlerweile gestaltet, Eiterung sehr gering, Lappen einander genähert, nach innen umgeschlagen, so dass die Ränder einen tiefen 4—5 Linien breiten Spalt bilden.

30. October. Temperatur 37,7; Verband wird nun beim dritten Wechsel mit einer einfachen trockenen Charpiedecke vertauscht, Spalte bedeutend schmäler, Verlauf war von nun an bis zur Entlassung aus dem Hospital durchaus normal, Heilung vollständig, ohne Fistelbildung.

An diesem Falle war besonders auffällig der rasche Temperaturabfall unmittelbar nach der Amputation, die Coupirung der stattgehabten Infection, der ebenso überraschende Wechsel im allgemeinen Befinden des Kranken und der äusserst angenehme und schmerzlose Verlauf.

Ehe ich auf den allgemeinen Theil meines Jahresberichtes eingehe, schicke ich eine Besprechung der von mir angewandten Behandlungsmethode voraus. Dieselbe wurde genau nach Thiersch geleitet. Das Genauere siehe: „Klinische Ergebnisse der Lister-schen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch die Salicylsäure von Thiersch,“ Den Lister'schen Verband kann ich wohl als bekannt voraussetzen. Wie bereits erwähnt, habe ich denselben auch nur zwei Monate lang consequent durchgeführt.

Zu dem Thiersch'schen Verband bedarf man:

Erstens einer Salicyllösung von 1 : 300.

Zweitens der 3% und 10%igen Salicylwatte (Zubereitung derselben siehe Thiersch, S. 720). Für unsern Bedarf wird sie dargestellt unter Aufopferung vieler Zeit und Mühe von Herrn Dr. Richter, städtischem Apotheker am Cölner Bürgerhospital. Auch die Salicyljute wurde von demselben zubereitet. Die Präparate sind ausgezeichnet und entsprechen allen Anforderungen, so dass ich es für meine Pflicht halte, Herrn Dr. Richter für sein freundliches Entgegenkommen und seine aufopfernde Unter-

stützung hier öffentlich meinen Dank auszusprechen.*) Die von Thiersch empfohlene Salicyljute ist bei mir nur einige Male zur Anwendung gekommen. Ihrer grösseren Billigkeit wegen, — ein, in einem grossen Krankenhause wohl zu berücksichtigender Vortheil, — hätte ich sie gerne der Salicylwatte substituirt, allein da die Amputationslappen mit dem Watteverband schöner adaptiren wie mit der weniger schmiegsamen Jute, so gab ich der Watte den Vorzug. Die mit derselben erzielten Erfolge waren befriedigend. Folgender Fall diene zur Illustration:

Diergarden, Heinrich, 22 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, ward am 3. Mai 1875 aufgenommen mit einer zwei kindskopfgrossen Geschwulst in der regio glutaea. Die Geschwulst besteht seit der Kindheit. Durch einen Stoss in Entzündung übergegangen, stellte sich eine heftige Blutung ein. Ueber ihre ganze Oberfläche bis in die Bauchgegend und bis zum Unterschenkel hinab sich ausdehnend, bestand ein nævus spilus; die Geschwulst war lappig, an einzelnen Stellen weich und compressibel. Dieser letzteren Eigenschaft wegen, so wie in Betracht ihres Sitzes unterhalb dem nævus spilus und in Berücksichtigung der stattgehabten starken Blutung stellte ich die Diagnose auf Lipoma cavernodes.

11. Mai 1875 wurde dieselbe unter Compression der Bauchaorta mittelst des Esmarch'schen Apparates excidirt, nachdem ein Kreuzschnitt über dieselbe gelegt war; die Entfernung ging gut und ohne Blutverlust von statten. Die vier Lappen wurden in der Mitte vernäht und nach unten hin ein Drainagerohr durchgeführt, darüber eine Lage Salicyljute gelegt.

14. Mai 1875; die höchste Temperatur betrug bis jetzt 37,6. Da indess die Secretion eine sehr reichliche war und die Jute in Folge dessen mächtig anschwoll, so wechselte ich den Verband. Die Lappen waren abgestorben, so dass ich selbige entfernen musste. Trotz des grossen Defectes, der nun entstanden, wurde der Kranke doch nur alle 8—14 Tage verbunden. Die Granulationsfläche verkleinerte sich sehr rasch, so dass Patient schon am 28. September geheilt entlassen werden konnte.

*) In Cöln ist dieselbe noch ausserdem zu beziehen in der Jesuiten-Apotheke bei Herrn Dr. Philipps, Ursulaplatz und bei Herrn Braschoss, Breitestrasse Nr. 139.

An dritter Stelle gebrauchen wir im hiesigen Hospital einen zu diesem besonderen Zwecke construirten Inhalationsapparat, zwei bis drei Mal grösser wie ein gewöhnlicher, zur leichteren Handhabung seitlich mit einem grossen Stiele versehen, damit das Operationsfeld durch den Gehülfen, welcher diesen Apparat hält, nicht zu sehr coupirt wird; er dient zur Hervorrufung des Sprühnebels. Als Ingredienz gebrauche ich stets Salicyllösung 1: 300, weil ich von der Carbolsäure häufig Reizung der Wunde beobachtet habe. An die lästige Wirkung des Niesens nach Salicylsäure gewöhnt man sich bald.

Viertens bedarf man zum Auflegen auf die Wunde des Lister'schen Verbandmulls resp. des gefensterten protective silk von Lister. Bei jeder Operation wird nun die Operationsstelle zuerst rasirt, darauf zur Lösung der fettigen Substanzen mit Aether und erst dann zur Desinfection mit Salicylwasser resp. Carbolsäurelösung abgewaschen. Operateur wie Assistenten waschen sich die Hände in einer 5%igen Carbolsäurelösung; Instrumente werden in Carbolsäurelösung 1: 20 desinficirt, die Schwämme, welche stets nach jeder Operation in warmem Wasser ausgelaugt und dann in Carbolsäurelösung 1: 20 dauernd aufbewahrt sind, werden unmittelbar vor der Operation nochmals mit Carbolsäure ausgewaschen. Folgender Fall zeige das ganze Verfahren:

Schiffer, Hermann, 24 Jahre alt, Tagelöhner aus Zieverich, bemerkte vor ungefähr 4 Jahren eine allmälig stärker werdende Anschwellung des linken Fussgelenkes, die beim Gehen schmerzte, bei längerer Ruhe sich stets besserte. Ungefähr ein Jahr nach Beginn seines Leidens konnte Patient nur noch auf Krücken gehen. Ein Einstich unterhalb des äussern Knöchels entleerte erst etwas Eiter und wandelte sich dann zu einer Fistel um, welche bis heute nie geschlossen war. Allmälig entwickelten sich in verschiedenen Zwischenräumen und an verschiedenen Stellen oberhalb des malleolus externus, unterhalb des malleolus internus, auf dem Fussrücken spontan noch Fisteln, welche sich nicht mehr schlossen.

1. September 1875 suchte Patient des Leidens halber Hülfe im hiesigen Hospitale. Status praesens. An oben benannten Stellen befanden sich wenig Eiter spendende Fisteln, durch die man mit der Sonde in's Gelenk und stellenweise auf necrotische

Knochen stiess, das Gelenk war wenig aufgetrieben, Patient sehr abgemagert.

4. September. Resection des Fussgelenks. Operateur und Assistenten desinficiren sich die Hände mit Carbolsäure, die Instrumente liegen in Carbolsäure, ebenfalls die Schwämme. Die Umgegend des Gelenkes wird mit Salicylsäurelösung 1: 300 abgewaschen, die Resection unter dem Salicylsäureregen gemacht, natürlich mit Anlegung des Esmarch'schen Gummirohres. Es werden zwei seitliche Longitudinale, etwa 2 bis 2½ Zoll lange Schnitte entlang der tibia und fibula, etwas nach hinten von der Spitze der malleolen bis unterhalb derselben gemacht, die bis auf das Periost in die Tiefe dringen; hierauf wird dieses sorgfältig abpraeparirt, sowohl an der tibia wie an der fibula bis man mit den Fingern vorn und hinten das Gelenk umkreisen kann, darauf wird das Gelenk ausgiebiger eröffnet, die tibia luxirt und 1 cm. oberhalb der Gelenkfläche abgesägt; dasselbe geschieht mit der fibula. Die obere Fläche des talus wird mit der Stichsäge abgesägt und derselbe dann, da er im Innern noch krank ist, ausgelöffelt. Nach der Resection kann man die innere Oberfläche des Periost in ihrer ganzen Ausdehnung verfolgen, die Sehnen der peronei sprangen indess aus ihren Scheiden hervor. Nach Stillung der Blutung mittelst Catgutligaturen wurde der Lister'sche Verbandmull umgelegt, darüber die stärkere Salicylwatte und als Schlussdecke die schwächere. An der hintern und vordern Seite wurde hierauf vom Oberschenkel bis zu den Fusszehen und der Ferse eine Flachsgipsschiene nach Schönborn angelegt und diese mit einer Flanellbinde fixirt.

Abends, Temperatur 37,5. Der Verband ist von Blut etwas durchtränkt, wesshalb eine Schichte Watte übergelegt wird.

7. September, Abends, Temperatur 37,9.

8. September, Abends, Temperatur 40,1. Wegen der höheren Temperatur wird der Verband natürlich unter dem spray gewechselt. Eiterung mässig.

13. September. Die Temperatur ist nun von Tag zu Tag geringer geworden; sie stieg nie über 37,8 und ist heute 37,6.

29. September. Der Verband wird heute zum ersten Male nach 21 Tagen gewechselt, da derselbe kolossale Dimensionen angenommen hat. Der Verlauf war bis dahin fieberlos, Temperatur

nie über 37,9. Die Eiterung ist eine minimale, das Gelenk ganz dünn, die Wunde bedeutend verkleinert.

Abends, Temperatur 38,5. Es ist dies eine Beobachtung, welche man oft machen wird; ich schiebe sie auf die Reizung der Wunde durch die Abnahme des Verbandes, und die dadurch hervorgerufene Bewegung an dem operirten Theile und ferner auf die Verletzung der Granulationen und die hierdurch bedingte Resorption des Eiters an den verletzten Punkten. Die Beobachtung, dass nach einem Verbandwechsel unmittelbar eine Temperatursteigerung eintritt, ist eine so regelmässig wiederkehrende, dass ich mich aus diesem Grunde nur sehr schwer zu einem solchen entschliesse, mag der Verband auch noch so dick sein, mag er auch noch so käseartig riechen. Thiersch sagt S. 658: „Nach vier- bis fünftägigem Liegen des trockenen Salicylverbandes ist ein ranziger oder Käsegeruch unverkennbar.“ Er leitet denselben ab von der Zersetzung organischer Producte. Dieser Geruch fehlt in der That selten und wird oft durch den Verband penetrant, so dass ich mich im Anfange, wiewohl mir jene Mittheilung bekannt war, nicht dazu verstehen konnte denselben noch länger liegen zu lassen. Erst nachdem ich mich mit dieser Erscheinung vertraut gemacht und ihre Unschädlichkeit auf den normalen Heilungsvorgang erkannt hatte, auf der andern Seite eine fast regelmässige Temperatursteigerung nach Verbandwechsel beobachten konnte, störte mich dieser Geruch nicht mehr und ich machte ausschliesslich vom Thermometer den Massstab meines Handelns abhängig. Der Verbandwechsel findet nur dann statt, wenn eine Temperatur von 39—39,5 sich zeigt und zwar unter dem Sprühnebel. In den ersten Tagen nach der Operation bestimmt mich erst eine Temperatur von 39,5 indem ich jegliche Bewegung des Theiles und jegliche Irritation der Wunde durch das Verbinden so viel als möglich zu vermeiden suche. Wenn keine Temperatursteigerung eintritt, so wird nur dann, wenn die Watte durchfeuchtet und fleckig ist, eine neue Wattelage umgelegt. In den ersten Tagen nach der Operation ist zuweilen ein häufiger Verbandwechsel nöthig, theils wegen eingetretener Nachblutung, theils wegen Stagnation des in den ersten Tagen reichlich abgesonderten blutigen Secretes. Bei günstigem Verlaufe, d. h. weitaus in den meisten Fällen, fand nur alle 8—14 Tage ein Verbandwechsel statt und zwar

nur dann, wenn Temperatursteigerung sich einstellte. Eben berührte ich den Fall, in welchem der Verband nach 3 Wochen gewechselt wurde. Es liegen mir jedoch Fälle vor, wo dieses erst nach 4—6 Wochen statt fand. Man lese die hier folgende Mittheilung, wo erst nach 5 Wochen eigene Neugierde wie Ungeduld des Patienten, zum ersten Wechsel des Verbandes drängte.

Hilger, Mathias, 17 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Sülz, ward am 10. August der rechte Arm von dem Riemen einer sich rasch drehenden Scheibe erfasst, der Arm gegen die Axe der Scheibe angedrückt und auf diese Weise durch Quetschung schwer verletzt. In diesem Augenblick riss der Riemen glücklicherweise entzwei und Patient fiel zu Boden. Bei der Aufnahme constatirte ich folgendes: Quer über die ganze Breite des Vorderarms verläuft eine Risswunde, die Muskulatur ist durch die beiden Bruchenden der ulna und des radius, welche durch die Wunde hervorstehen, stark zerrissen und zerfetzt, die ulna selbst vielfach zersplittert. Nachdem die Wunde in der üblichen Weise mit Salicylwasser ausgespritzt und die Umgebung mit Salicylwasser gehörig abgewaschen war, werden unter dem Salicylspray die Knochen reponirt und der Salicylwatteverband fest umgelegt. Der Unterarm wird hierauf auf ein Handbrett fixirt.

10. August, Abends, Temperatur 38,1. Patient führt keine Klage.

13. September, Patient hat während der ganzen Zeit nie über etwas zu klagen gehabt; Appetit dauernd sehr gut. Die Temperatur war innerhalb dieser 5 Wochen nie höher als 37,9. Heute wurde zum erstenmale der Verband, welcher allerdings durch das fortwährende Umlegen neuer Watteschichten, je nachdem eben das Durchdringen des Eiters dies erheischte, zu einem mächtigen Umfange angewachsen war, gewechselt, wie früher erwähnt, nur um dem Drängen des Patienten, der das Resultat der Behandlung durchaus zu sehen verlangte, zu genügen. Die Wunde war zu einem 3 mm. breiten Granulationswall verheilt, die Eiterung eine höchst geringe. Von jetzt ab wird Patient bis zu seiner vollständigen Heilung und Entlassung, welche am 22. November stattfand, mit trockener Charpie verbunden. Bei der Entlassung besteht vollständige Arbeitsfähigkeit, nur eine leichte nach der Volarseite convexe Verkrümmung deutet die stattgehabte

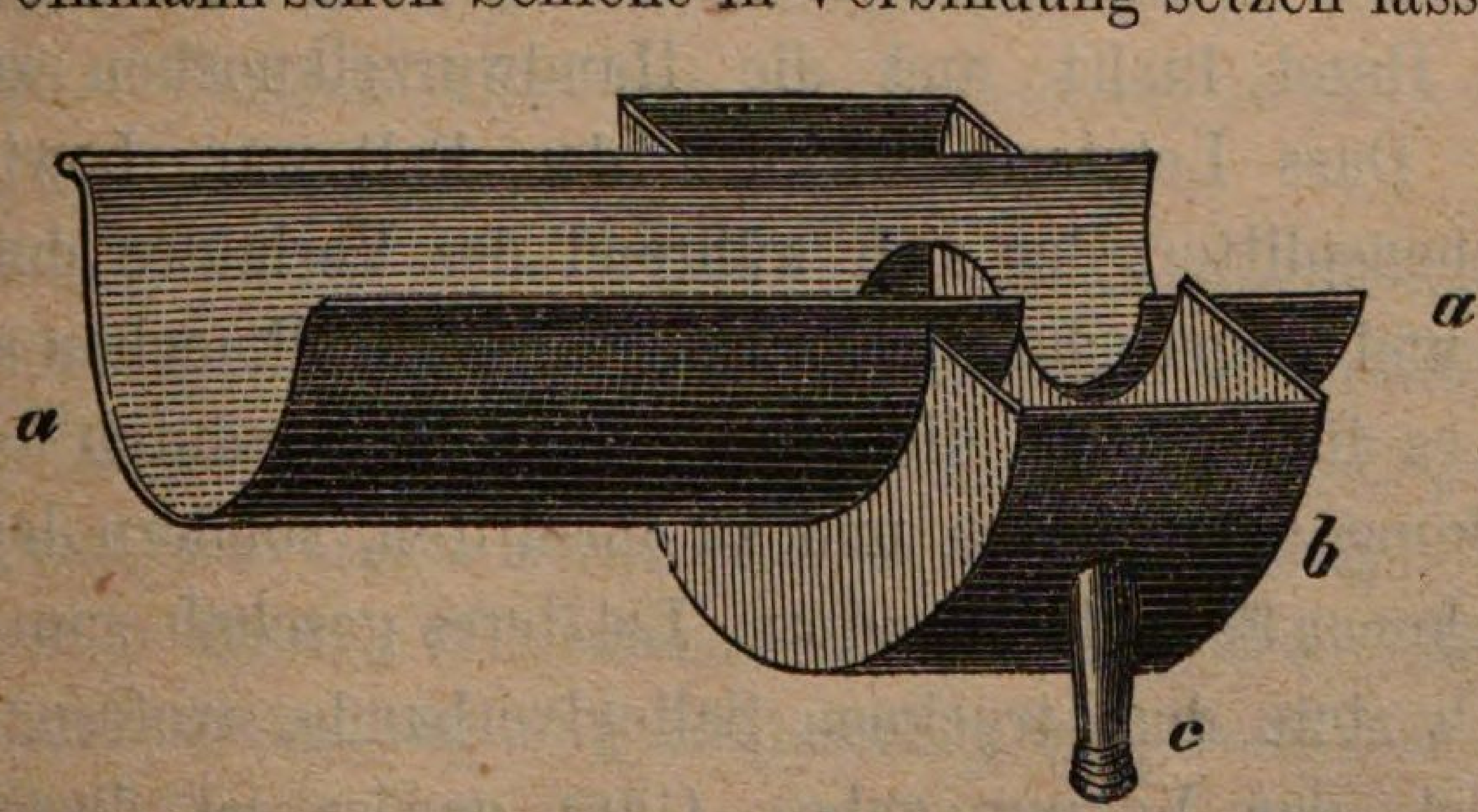
Verletzung an. Das wirklich Wunderbare in diesem Falle ist erstens der Umstand, dass der Verband nur ein einziges Mal nach Ablauf von 5 Wochen, als die Wunde bereits auf ein Minimum verheilt war, gewechselt wurde, und zweitens der günstige und fieberlose Verlauf, so dass Patient während der ganzen Zeit des Heilungsvorganges auch nicht die geringste Klage zu führen hatte. Ich gebe sehr gerne zu, dass diese gewaltige Verletzung des Vorderarms, welche wegen der grossen und ausgedehnten Zerreissung der Muskulatur, wegen der intensiven Knochenzersplitterung und der schlechten Hospitalverhältnisse, wie die hiesigen sind, ohne den Thiersch'schen Verband mich jedenfalls zur Amputation bestimmt haben würde, ich sage, ich gebe sehr gerne zu, dass sie auch bei irgend einer andern Behandlungsmethode zur Heilung gelangen konnte; indess so viel steht unbedingt fest, dass keine andere für den Patienten so angenehm und schmerzlos gewesen wäre. Während der ganzen Zeit war Patient niemals genöthigt, die Lage des Armes zu wechseln, um sich verbinden zu lassen, niemals gezwungen, sich schmerzhaften Proceduren auszusetzen, und so dürfte ein solcher fieberloser Verlauf einer so gewaltigen Verletzung bei einer jeden andern Behandlungsweise eine ausserordentliche Seltenheit sein, während er bei dieser antiseptischen nichts Auffallendes hat.*)

Nach dieser Methode, der sogenannten trockenen, wurden denn auch alle Amputationen, alle kleineren Verletzungen behandelt, selbst grössere für den Anfang zu behandeln versucht, ebenso alle Verletzungen und Operationen an jenen Theilen (z. B. am Kopfe, Halse u. s. w.), wo die zweite Methode, die ich jetzt besprechen werde, aus anatomischen Gründen nicht in Anwendung kommen konnte.

Diese andere Methode besteht nämlich darin, dass die Wunde resp. der verletzte Theil dauernd mit Salicylsäurelösung 1: 300 berieselt wird. Zu diesem Zwecke wird aus einer Flasche der Boden entfernt, dieselbe mit dem Halse nach unten in ein Netz aufgehangen und eine an dem Netze befindliche Schleife an einen über das Bett gespannten Reifen befestigt.

*) Die Erfahrung im Jahre 1876 hat gezeigt, dass sich diese Beispiele um viele vermehren lassen, so dass es fast als gewöhnlicher Verlauf erscheint, dass Patient erst nach Ablauf von 3—4 Wochen verbunden wird.

In dem Flaschenhalse ist ein Hahn angebracht, der so weit aufgedreht ist, dass aus der mit Salicylsäurelösung gefüllten Flasche etwa alle 5—10 Sekunden ein Tropfen herausfällt. Der verletzte Theil wird zuerst mit Salicylwasser abgewaschen und ausgespritzt, dann mit einer dünnen Lage von Mull bedeckt, in eine Rinne gelegt, die in ein Gefäss zum Auffangen der ablaufenden Flüssigkeit mündet. Für den Oberarm ist diese Rinne im Ellenbogen gekrümmt, für die untere Extremität in der Kniebeuge. Für letztere habe ich später die von Volkmann empfohlene Rinne in Anwendung gebracht und möchte ihr auch für die Zukunft den Vorzug geben. Diese Rinne besteht aus einer concaven, mit einem Fussbrett und Hackenausschnitt versehenen Blechschiene, die sich durch ihre geringe Concavität sehr gut der hintern Fläche der untern Extremität anschliest; für die Fixirung der Extremität ist sie ausgezeichnet. Bei der Hohlrinne, welche ich mir früher zu diesem Zwecke construirt hatte und die im Knie gebogen war, ging es nicht an, das Bein ordentlich zu fixiren, weil die zur Ableitung des Salicylwassers unbedingt nöthige Concavität eine zu grosse war; durch die schlechte Fixation kommt der Kranke gar zu leicht in die Lage, zu viele Bewegung zu machen. Unter der Rubrik „Pyaemie“ wird ein Fall folgen, — Ther, Peter, Tagelöhner aus Deckenbach — dessen unglücklichen Ausgang ich hauptsächlich auf Rechnung der schlechten Fixation des Beines bringe. Herr Dr. Krabbel hat mit der Volkmann'schen Rinne einen Apparat in Verbindung gebracht, welcher das Salicylwasser sehr bequem auffängt, ohne dass das Bett benetzt wird. Ich füge die Zeichnung, welche sich leicht mit der Volkmann'schen Schiene in Verbindung setzen lässt, hierbei.



Die Rinne *a a* legt sich der Convexität der Volkmann-

schen Schiene an und hat über dem Behälter *b*, welcher zum Auffangen der abfliessenden Salicyllösung dient, einen Ausschnitt. Diesem Ausschnitte entsprechend, muss in der Volkmann-schen Schiene, je nach der Lage der Verletzung eine Oeffnung angebracht werden. Das durch einen Cork verschliessbare Rohr *c* dient als Abflussrohr für den Inhalt des Behälters.

Zur Illustration schliesse ich den Verlauf einer Handverletzung an, welche nach dieser offenen Methode behandelt worden ist.

Schlömer, Peter, 16 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Hemmersbach, gerieth mit der linken Hand in eine Maschine. Die dadurch entstandene Wunde wurde draussen vernäht; es soll dabei eine bedeutende Blutung stattgefunden haben. Patient wurde noch am selbigen Tage 1. Juli dem Hospitale überwiesen. Bei der Aufnahme fand ich folgendes: Quer über dem Dorsum des Handgelenkes in der ganzen Breite desselben verlief eine mit Insektennadeln geschlossene Wunde; an der ulnar Seite bog dieselbe um auf die vola manus, wo sie noch bis zur Mitte reichte. Es waren somit drei Viertel des Umfanges der Hand durchschnitten; dieselbe war warm, das Gefühl in ihr erhalten, wenn auch etwas unbestimmt. Die vernähte Wunde war durch ausgetretenes Blut stark aufgetrieben. Nachdem alle Suturen entfernt, die Wunde unter dem Salicylregen gereinigt war, konnte ich mich erst von der ganzen Grösse der Verletzung überzeugen. Die Sehnen am dorsum waren zum Theil zerfetzt, die Wundränder zerrissen, das Gelenk, wie sich bei Volarflexion der Hand deutlich nachweisen liess, geöffnet. Gemäss einem Briefe, welcher dem Patienten vom erst behandelnden Arzte mitgegeben war, wäre die Hand luxirt und die Handwurzelknochen zersplittert gewesen. Dass Letzteres wirklich der Fall war, bewies später ein Knochensplitter, der sich während des Verlaufes der Heilung ausstiess und augenscheinlich einem Handwurzelknochen angehörte. Ich hielt es für indicirt, die Wunde nicht länger durch fortgesetzte Untersuchung aufzureissen und zu insultiren, sondern legte sofort einen trockenen Salicylverband an. Letzteres geschah zum Versuche, indem ich stets dem trocknen Salicylverbande, wofern er durchführbar ist, den Vorzug gebe. Ganz gewiss ist dieser für den Patienten weit angenehmer; er kann den Arm vollständig ruhig

liegen lassen, er braucht sich höchstens alle 8—14 Tage der Belästigung auszusetzen, sich von Neuem verbinden zu lassen; ausserdem werden alle unberufenen Hände, alle schädlichen Uebertragungen, alle Reizungen von der Wunde fern gehalten. Bei der offenen Berieselungsmethode ist dieses alles in vielen Stücken anders; die Reinigung der Wunde fordert eine häufigere Bewegung des Armes. Wird die offene Behandlung längere Zeit fortgesetzt, so bildet sich rings um die Wunde trotz der sorgfältigsten Einreibung von Palmöl bald Ekzema und Aufquellung der Epidermis, so dass sich — um so mehr, da doch zur bessern Fixation des Armes und der Hand ein gewisser Verband und Handbrettchen nöthig sind, — die aufgequollene Epidermis leicht in diesen Verband hineinsetzt und einen häufigern Wechsel desselben zum Zwecke der Reinigung der Wunde nöthig macht. Ich würde daher bei freier Wahl stets dem trockenen Verband den Vorzug geben, zumal ich eine absolute Ruhe als Hauptbedingung einer guten Wundheilung betrachte. So wurde derselbe auch in diesem Falle zuerst versucht.

4. Juli. Die Temperatur, welche Abends immer über 39 stieg, betrug an diesem Tage 39,6; die Eiterung war eine sehr profuse, das Aussehen der Wunde schmutzig, Patient sehr abgeschlagen, Zunge feucht, Gesichtsfarbe icterisch.

7. Juli. Temperatur abermals 39,6. Allgemeinbefinden nicht gehoben, Eiterung profus, Wunde schmutzig belegt; daher schritt ich nunmehr zur offenen Behandlung und ging von dem Gedanken geleitet, dass der Eiter durch den Verband zurück gehalten werde, zur Berieselung über.

8. Juli. Bedeutender Temperaturabfall 37,3, Abends 39,1.

9. Juli. Patient fühlt sich wohl, Temperatur Abends 38,6.

10. Juli. Temperatur Abends 38,2.

17. Juli. Temperatur steigt nicht mehr über 38,3, Allgemeinbefinden gut, Wunde von einer käsigen, den Granulationen anhaftenden Membran bedeckt, die sich jedoch mit Charpie leicht abwaschen und eine frisch aussehende Granulationsfläche zum Vorschein kommen lässt. Mit dieser Erscheinung muss man sich überhaupt bei Anwendung von Berieselung einigermassen vertraut machen. Die Wunde sieht durch diese Membran unreinlich aus und fühlt man sich nur zu sehr zu einer Reinigung derselben

veranlasst und erzielt damit stets, wie ich beobachten konnte, eine Temperatursteigerung. Wenn desshalb nur die sonstige Beschaffenheit der Wunde gut und das Allgemeinbefinden des Patienten beruhigend ist, so bekümmere man sich weiter um diese Membran nicht; die Wunde reinigt sich allmälig vom Rande her schon von selbst und lässt eine rothe Granulationsfläche zum Vorschein kommen. Allerdings sind die Granulationen bei Berieselungen nie so hübsch roth, so fest nnd grossknöpfig wie beim trockenen Salicylverbande, haben vielmehr ein blasses, gelblichrothes Aussehen.

22. Juli. Schon vom 18. an ist eine ungünstige Wendung in dem Befinden des Kranken eingetreten. Abends betrug die Temperatur stets 38,8 einmal sogar 40,1, am 18. Ich konnte für diese Steigerung keine Erklärung finden, heute entdecke ich nun in der Wunde einen sequestrirten Handwurzelknochen, welcher von Eiter umspült ist und mit Leichtigkeit entfernt wird.

23. Juli. Morgens Temperatur, 37,3, Abends 38,8.

24. Juli. Morgens Temperatur 37,5, Abends 38,1. Temperatursteigerung des vorhergehenden Abends war wohl noch Nachwirkung von resorbirten Zersetzungsprodukten, welche die bei der Entfernung des Sequesters verletzten Granulationen aufgesogen.

1. August. Temperatur selten über 38,0 selbst Abends nie über 38,2. Wunde rein, Secretion gering, Uebergang zum trockenen Salicylverband.

15. August. Verlauf fortdauernd äusserst günstig. Allgemeinbefinden vorzüglich, Temperatur erreicht nur selten 38,0.

15. September. Temperatur stets unter 38,0. Der Verband ist nur alle vierzehn Tagen gewechselt worden, Secretion sehr gering, Wunde verkleinert sich zusehends, Patient hat über nichts zu klagen.

2. October. Patient wird als geheilt entlassen, Wunde ist geschlossen, Hand noch etwas ödematös geschwollen, Handgelnke in seinen Bewegungen sehr gehemmt. Einige Tage nach der Entlassung, die wohl etwas zu früh auf das Drängen seines Dienstherrn stattgefunden hatte, kehrte Patient mit einem Erysipelas wieder, wovon indess später. In diesem Falle war die

augenblickliche Besserung mit dem Wechsel der Verbandmethode höchst frappant.

Bei profuser Eiterung und gleichzeitiger Temperatursteigerung habe ich stets die trockene mit der feuchten Methode vertauscht und hierbei auch die Beobachtung gemacht, dass sofort eine augenblickliche Remission des Fiebers und Besserung in dem Allgemeinbefinden des Patienten eintrat.

In letzter Zeit habe ich oft statt der Salicylwatte Benzoëwatte in Anwendung gezogen. Gleich nach dem Erscheinen der Arbeit von Salkowsky, welcher durch Experimente die grosse desinficirende Wirkung der Benzoësäure nachwies und sie in dieser Hinsicht weit über die Salicylsäure stellte, glaubte ich mich zu ihrer Anwendung berechtigt. Es wurde in ähnlicher Weise wie früher Salicylwatte, Benzoëwatte hergestellt und zwar von verschiedener Stärke, die eine von 10%, die andere von 3%. Erstere wurde zur Unterscheidung von letzterer mit Carmin tingirt. Die Behandlung mit Benzoëwatte unterschied sich in nichts von der Behandlung mit Salicylwatte. Zum Abwaschen der Theile wurde nun ebenso eine Benzoëlösung angewandt, die Operation geschah unter einem Benzoëspray. Die Erfolge, die ich mit dieser Behandlungsweise erzielte, unterschieden sich wenig von den Resultaten, die ich nach der Thiersch'schen Methode erhalten habe. Meine Beobachtungsreihe ist allerdings noch zu klein, um eine entschiedene Behauptung in Bezug auf die gleiche Wirksamkeit beider Säuren aufzustellen; aber nach den bis jetzt gewonnenen Erfahrungen, nehme ich keinen Anstand, mit der Benzoëwatte weiter zu experimentiren. Sollte eine hinlänglich grosse Versuchsreihe für die gleiche Berechtigung beider Säuren entscheiden, so würde man der grösseren Billigkeit halber der Benzoësäure den Vorzug geben müssen. Zur Illustration füge ich einen Fall bei, welcher ebenfalls ganz einzig in seinem Verlaufe ist.

Herr Schell, 22 Jahre alt aus Cöln, litt seit 9 Monaten an einer Anschwellung des rechten Knies, welche trotz rationeller Behandlung immer mehr zunahm und durch die heftigsten Schmerzen die Kräfte des Patienten aufrieb. In beiden Lungenspitzen war Dämpfung mit unbestimmtem Athmen, links hinten Bronchial-Athmen nachzuweisen. Patient fieberte und hatte

Abends eine Temperatur von 38 bis 39. Die Leistendrüsen waren stark geschwollen und auf Druck schmerzhaft.

Am 30. October wird zur Amputation geschritten. Die Instrumente befinden sich auf einem Teller in Carbolsäurelösung, die Säge wird mit Carbolöl bestrichen, die Schwämme sind in der nämlichen Lösung. Alle, die mit der Operationswunde oder mit den Schwämmen in Berührung kommen, vom Operateur bis zum Wärter, waschen sich die Hände in Carbolsäurelösung. Nach angelegter Esmarch'scher Einwicklung wird der Oberschenkel rasirt, erst mit Aether und dann mit Benzoëwasser abgewaschen. Nachdem der Dampfapparat in Gang ist, wird die Operation ausgeführt; Amputation des Oberschenkels in Form des Cirkelschnittes mit oberem und unterem Längsschnitte. Der Knochen ist durchsägt; es werden eine Unmasse, über 50 Catgutligaturen angelegt. Ueberhaupt habe ich die Beobachtung gemacht, dass bei Amputationen unter Spray bedeutend mehr Ligaturen angelegt werden müssen als sonst. Welches auch die physiologischen Erscheinungen sein mögen, genug, ich habe nur die Regel daraus abstrahirt, minutiös jeden Blutpunkt aufzusuchen, um nur ja jedes Nachsickern von Blut unterhalb des Lappens und in die Muskelinterstitien zu verhindern. Auf diese Weise erfordert die Blutstillung nach einer Oberschenkelamputation immer einen Zeitraum von einer halben, mitunter selbst einer ganzen Stunde. Nach der Blutstillung wurde in vorliegendem Falle das Periost mit der anhaftenden Muskulatur einen Zoll weit dem Knochen entlang abgelöst, der Knochen nochmals in dieser Höhe abgesägt und die Periostmanchette über den Knochenstumpf mit Catgutligaturen vernäht, „eine Methode, die ich stets befolge und der ich es zuschreibe, dass ich noch nie eine Necrose des Knochenstumpfes zu beklagen gehabt habe.“ — In diesem Augenblicke trat eine Blutung aus dem Knochen ein; alle Bemühungen selbige zu stillen waren vergebens, so dass ich mich schliesslich gezwungen sah, zum ferrum candens zu greifen. Meine Absicht, das Periost über den Knochenstumpf mit Catgut zu vernähen, gab ich der stattgehabten Verbrennung des Knochenmarkes halber auf, indem ich mich darauf verliess, dass die Nussbaum'sche Combustio des Knochenstumpfes ebenso Osteomyelitis und Necrose verhüten würde, wie die Umnähung desselben mittelst

des Periostes nnd der anhaftenden Muskulatur. Hierauf wurden die den Knochenstumpf reichlich überragenden Lappen durch einige Catgutsuturen zusammengeheftet, nachdem zwischen dieselben ein Drainagerohr gelegt war, welches ebenfalls in einer Carbolsäurelösung 1: 20 ausgelaugt worden. Zur Fixirung desselben ist durch seine beiden Enden ein Faden durchgeführt; diese müssen ganz genau mit der Wunde abschneiden, damit nicht durch Quetschung derselben eine Stauung des Secretes nach der Tiefe hin stattfinde. Hierauf wird der Stumpf mit Carbolmull bedeckt und darüber eine Lage erst der stärkeren dann der schwächeren Benzoëwatte gelegt, das Ganze durch eine Binde von Lister'schen Verbandstoff fixirt. Bei der Anlegung des Verbandes richte man seine Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf, dass die Lappen fest aneinander gedrückt werden, damit eine flächenartige Verwachsung stattfindet. Bei der ungemeinen Sorgfalt, die bei der Anlegung der Ligaturen verwandt ist, hat man ja keine Retention des Blutes und Resorption von Zersetzungsstoffen zu befürchten. Deshalb ist gegenwärtig auch die scrupulöse Stillung der Blutung der Schwerpunkt einer jeden Amputation.

Nach der Operation ist Patient sehr geschwächt, der Puls noch kaum fühlbar; Nachmittags tritt sogar Collapsus ein, so dass ich schon den Tod befürchtete. In der darauf folgenden Nacht stellte sich nun auch noch eine heftige Blutung ein, so dass mein Assistent, Herr Dr. Krabbel genöthigt war, den Verband abzunehmen, die Suturen zu entfernen und die von Blutcoagulis aufgetriebenen Lappen aufzuklappen, worauf er sich überzeugte, dass die Catgutligatur die profunda femoris durchschnitten hatte. Er unterband diesselbe, reinigte sorgfältig die Wunde (alles natürlich unter dem Spray), vernähte die Lappen und verband mit Benzoëwatte.

31. October, Morgens ist Patient etwas collabirt, indess ganz fieberfrei.

12. November, Patient ist bis jetzt ganz ohne Fieber gewesen; die höchste Temperatur betrug Abends 37,8. (Man vergleiche hier die abendliche Temperatur vor der Operation von 39). Patient wurde, da der Stumpf allmälich durch das häufige Umlegen von Watteschichten zu einer bedeutenden Dicke angewachsen war, zum ersten Male verbunden, am 13. Tage nach der Operation. Eine

anderweitige Indication zum Verbandwechsel lag nicht vor. Temperatur betrug nur 36,6. Der verdickte Stumpf war nur für die Lagerung des Patienten höchst unbequem geworden. Die Autopsie ergibt, dass der grösste Theil der Wunde durch erste Vereinigung geheilt und die Eitersammlung im Verbande eine sehr geringe war. Das Drainagerohr wurde jetzt entfernt.

27. November, Patient ist sehr wohl, hat während des ganzen Verlaufes der Heilung nie Fieber gehabt, nie über Schmerzen geklagt, schon hat er sich sichtlich erholt; die Wundränder klaffen in der Mitte noch etwas, die Lappen, welche sehr gross waren, haben sich zurückgezogen, der Knochen, von Granulationen bedeckt, prominirt etwas.

12. December. Da die vor der Operation geschwollenen Leistendrüsen, etwas schmerzhafter werden, wechsle ich den Verband; die Wunde hat sich nun bedeutend verkleinert, der Knochen prominirt nicht mehr.

Ende Februar konnte Patient schon mit geheiltem Stumpf entlassen werden. Man sieht, eine Oberschenkelamputation kann unter Benzoëwatte ebenso glücklich heilen, wie unter Salicylwatte.

Weniger glücklich war ich mit der Langenbeck'schen Salicylboraxlösung (5 : 4 : 200). Jedoch würde es gewagt sein, den ungünstigen Verlauf des einen Falles, den ich gleich erzählen werde, auf die Verbandmethode zu schieben. Für kleinere Operationen und Verletzungen besonders in der Ambulanz wird dieselbe noch stets und mit gutem Erfolge in Anwendung gezogen. Bei den ausgezeichneten Resultaten, die ich mit der Thiersch'schen Methode erzielte, und, da diese erste Anwendung der Langenbeck'schen Methode wohl nur zufällig den Erwartungen nicht entsprach, habe ich sie bislang für grössere Operationen nicht mehr verwenden wollen. Der Fall, den ich hier im Auge habe, war folgender:

Röhrig, Helena, geb. Thelen, 31 Jahre aus Ehrenfeld zog sich vor etwa 14 Monaten durch Anstemmen des Armes an eine Wand eine Krankheit des linken Schultergelenkes zu. Die Behandlung bestand damals in Blutentziehung und Ruhestellung des Gelenks. Bei der Vorstellung in der Ambulanz zeigt sich Folgendes: Die Axe des Humerus fällt vor die cavitas glenoidalis; das caput humeri steht unterhalb des processus coracoideus. Die

cavitas glenoidalis ist vollständig leer. Bewegungen des Armes rufen deutliche Crepitationen hervor und verursachen der Patientin heftige Schmerzen, Druck auf den Kopf ist sehr schmerzhaft; in der Geschwulst, welche denselben umgibt, konnte man deutlich Fluctuation nachweisen; in der Narkose gelang die Reposition sehr leicht; indess sprang der Kopf auch ebenso rasch wieder heraus. Ich reponirte denselben und legte einen Gipsverband an, von dem Gedanken geleitet, dass der in die alte, vielleicht noch nicht veränderte Gelenkpfanne zurückgeführte Kopf unter einem geringerem Drucke stehend, leichter ausheilen könne. Die Flüssigkeitsansammlung ward nun auch in der That geringer, der Schmerz minderte sich. Indess als ich nach 6 Wochen den Verband abnahm, war die Bewegung des Armes noch sehr gering und schmerzhaft; der Kopf blieb allerdings in der cavitas, wich indess schon bei einer mässigen passiven Elevation des Armes so bedenklich nach vorn, dass bei fortgesetztem Heben unbedingt eine Luxation desselben erfolgt sein würde. Es wurde daher ein neuer Gipsverband um die Schulter gelegt. Nach abermals 6 Wochen war die fluctuirende Geschwulst gewachsen, Schmerz stärker, Crepitation deutlicher geworden, so dass Patientin nunmehr am 17. October zur Vornahme der Resection aufgenommen wird.

18. October wird diese unter den nun schon häufig erwähnten Vorsichtsmassregeln ausgeführt. Es wird der Langenbeck'sche Schnitt gemacht, der von seinem Knorpelüberzuge ganz befreite Kopf wird unterhalb der tubercula mit Erhaltung der Verbindung des Periostes und der Muskelansätze abgesägt, so dass nach der Resection der Arm am wohlerhaltenen Periost hängt, welches nebst der Kapsel eine glatte Höhle bildet. Die Operationsstelle wird nun mit Salicylboraxlösung verbunden. Temperatur in den ersten 3 Tagen Abends 40,5; der Verband wird täglich erneuert.

22. September. Die Temperatur ist Abends 40,3, beim Wechsel des Verbandes zeigt sich eine Eiterretention. Es wird daher ein Drainageröhrchen eingelegt und Patientin nach Thiersch weiter behandelt.

23. September. Temperatur fällt Morgens auf 37,8, steigt Abends auf 38,9.

24. September. Temperatur Morgens normal, Abends 38,2.

Der Verlauf war nun lange Zeit ein normaler, bis in den letzten Tagen des folgenden Monates. Die Temperatur stieg wieder, die überhaupt etwas reichliche Secretion nahm zu und am 27. October ging das Therometer sogar über 39. Ich vermuthete eine Necrosis der Spitze des Humerus und fand mit der Sonde bald meine Vermuthung bestätigt.

1. November entfernte ich einen 2 cm. langen Knochensplitter; die Heilung schritt jetzt rasch und ohne jede Unterbrechung voran.

12. November konnte Patientin mit einem 4 cm. breiten und 2 cm. langen Granulationswall zur weitern Beobachtung und Behandlung in der Ambulanz entlassen werden.

Komme ich nach dieser Digression wieder auf den am meisten und mit dem besten Erfolge hier im Hospital angewandten Thiersch'schen Verband zurück, so habe ich bis jetzt seine Anwendung bei Amputationen, Resectionen und Verletzungen zu veranschaulichen gesucht. In Bezug auf letztere möchte ich nun noch nachtragen, dass ich früher bei Verletzungen der Extremitäten, wenn sie älter waren und namentlich wenn sich unter der Haut mit Blut gefüllte Taschen gebildet hatten, nach Volkmann Chlorzinklösung 1 : 8 einzuspritzen pflegte. Von dieser Einspritzung bin ich in letzter Zeit zurückgekommen, weil ich einigemale eine Gangraen der Haut gerade in der Richtung beobachtete, wohin die Flüssigkeit dem Muskesverlaufe entsprechend dringen musste. Als Beleg will ich folgenden Fall mittheilen:

Müller, Joh. Peter, (18 Jahre alt), Fabrikarbeiter aus Cöln wurde am 15. October 1875 aufgenommen mit fractura complicata cruris et femoris sinistri, femoris et cruris dextri. Rechts bestand eine fractura cruris dicht unterhalb der Condylen und fractura femoris im Mittelstück; links fractura complicata oberhalb des Fussgelenks. Die Wunde war klein und lang, und lag dicht oberhalb des malleolus externus. Es bestand eine ziemliche Blutung, der malleolus externus war zersplittert. Behandlung: An der rechten Extremität wurde ein Gipsverband bis über's Knie angelegt und darüber ein Volkmann'scher Extensions-Verband von Heftpflasterstreifen, um die Oberschenkelfraktur mittelst der Extension zu behandeln. Da Patient erst am zweiten Tage in Be-

handlung kam, so wurde links eine Injection von Chlorzinklösung gemacht und darüber der Lister'sche Verband gelegt.

28. März war die Haut an der Wade der fibula entlang in einer etwa zwei fingerbreiten Ausdehnung und ebenso an der äussern Seite des Fussrückens bläulich livide verfärbt und gefühllos. Die Gangraen wurde dann zwar nicht so ausgedehnt wie es hier den Anschein hatte, aber sie trat doch ein. Der Verlauf gestaltete sich schliesslich günstig, so dass Patient am 26. Juli geheilt entlassen werden konnte. Diese Beobachtung hatte ich mehrmals Gelegenheit zu wiederholen und stets mit demselbigen Endresultat eines günstigen Ausganges. Ob meinerseits bei der Injection ein Fehler mit untergelaufen, wüsste ich nicht zu sagen, aber die gemachte Erfahrung schreckte mich persönlich von diesen Injectionen mif Chlorzinklösung ab; ich beschränkte mich daher später, sowohl bei Verletzungen, wie bei Gelenkresectionen darauf, die Wunde mit Salicylsäure auszuspritzen resp. mit der Langenbeck'schen Salicyl-Boraxlösung auszuwaschen. Natürlich muss bei Verletzungen nicht minder, wie bei den Amputationen, der grösste Werth auf die Blutstillung gelegt werden, man muss die Zwischenräume unter der Haut zwischen den Muskeln, entlang den Knochen, auf das sorgfältigste von Blut reinigen. Bei complicirten Frakturen wird, wie eben erwähnt, zuerst die trockene Methode in Anwendung gezogen, nachher, wenn durch Eiterretention Fieber eintrat, zur Berieselung übergegangen. Die offene Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis die Eiterung eine geringe geworden und die Wunde mit schönen, derben Granulationen bedeckt ist. Hierauf kann man wieder zur trockenen Methode zurückkehren. Bei Verletzungen am Kopfe, Rumpfe, Oberschenkel, Oberarm etc. wird sich die Berieselung aus lokalen Gründen von selbst verbieten. Offene Wunden in diesen Gegenden werden gehörig gereinigt, mit Salicylwasser ausgespritzt, mit den nöthigsten Suturen zur Anheftung grösserer Lappen versehen (besonders am Kopfe lege ich nur einige nöthige Stützsuturen an), darauf das Ganze unter den trockenen Salicylverband gebracht.

Abscesse werden unter dem Spray geöffnet und ein Drainagerohr eingeführt, welches mit fortschreitender Heilung immer

mehr herausgezogen wird. Indess wird es doch oft später noch nöthig, eine ausgiebige Incision zu machen und die ganze Abscesshöhle blos zu legen.

Kritische Bemerkungen über die Leistung des Thiersch'schen Verbandes.

Es ist nicht zu läugnen, dass im hiesigen Hospital die Resultate der Behandlung in diesem Jahre, in Vergleich gezogen mit jenen der zwei letzten Monate des vergangenen Jahres, eine ganz bedeutende Besserung bemerken lassen. Die Ergebnisse meiner chirurgischen Thätigkeit während der zwei letzten Monate des vergangenen Jahres waren erschreckend. Man fühlte sich schliesslich soweit gekommen, dass man sich freute, wenn eine Amputation der grossen Zehe einen glücklichen Verlauf nahm. Gleich nun mit Anwendung des Thiersch'schen Verbandes trat der Umschwung ein. Die Frage entsteht: Aus welchen Ursachen?

Prof. von Nussbaum sagt in seiner „chirurgischen Klinik" Seite 8: Ruhe, freier Abfluss und Antisepsis sind das Ideal eines guten Verbandes. Mit Recht setzt v. Nussbaum das Wort Ruhe an die Spitze. Dies gibt uns einen Fingerzeig, warum Guérin mit seinem einfachen Watteverbande so ausserordentlich glückliche Erfolge erzielte. Hier wird für freien Eiterabfluss wenig gesorgt. Die antiseptische Wirkung der Watte, welche nach Lister's Bemerkung die Luft durchseien und von ihren Keimen befreien soll, ist zum mindesten noch fraglich. Guérin's Watteverband gewährt dem operirten resp. verletzten Theile nur Ruhe; seine ganz ausgezeichneten Erfolge sind allein der absoluten Ruhe zuzuschreiben, dem Umstande, dass der Verband so selten wie möglich gewechselt und die Wunde so wenig wie möglich durch Bewegen, Aufheben etc. gereizt wird. Abgesehen von jeder Bewegung wird aber auch schon das Abnehmen des Verbandes jedesmal eine Reizung durch Anreissung der Granulationen hervorrufen, mag der Wechsel auch noch so sorgfältigen Händen anvertraut sein. Weil Salbe diese Reizung theilweise verhinderte, war es der Salbe möglich geworden, eine so lange Reihe von Jahren das

Feld zu behaupten. Ohne Salbe heilte zu jener Zeit keine Wunde. — Der seltene Verbandwechsel verhindert dann weiter, dass während der Reinigung die Wunde durch Abspritzen, Abwischen, Sondiren gereizt, die Granulationen zerrissen und offene Wege für die Resorption gebahnt werden. Alle unberufenen Hände, die vielleicht kurze Zeit zuvor mit ansteckendem Eiter in Berührung gekommen waren und auf diese Weise durch Contakt direkt die Infection bewirken, werden fern gehalten. Weil die Thiersch'sche Verbandmethode alle diese Vortheile vereinigte und ausserdem vor der Guérin'schen den Vortheil voraus hatte, dass sie allen Anforderungen der Antisepsis vollkommen genügte, entschloss ich mich sofort nach dem Erscheinen des Werkes von Thiersch die Listersch'sche Methode zu verlassen und nicht zur Guérin'schen überzugehen, wozu ich sonst aus obigen Gründen allerdings sehr geneigt gewesen wäre. Die Listersch'sche Methode entspricht der ersten Forderung der absoluten Ruhe nicht so sehr; das Glied muss zu häufig zum Zwecke des Verbindens bewegt werden. Sie entspricht indess besser der zweiten, für guten Abfluss zu sorgen.

Krönlein hat in seinem Aufsatze, I. „Offene und antiseptische Wundbehandlung" (Langenbeck'sches Archiv 19. Band I. Heft) II. die offene Wundbehandlung nach Erfahrungen aus der chirurgischen Klinik zu Zürich 1872 eine Vergleichung seiner Resultate mit denen von Volkmann und Thiersch angestellt, welche in den früher citirten Werken niedergelegt sind. Jedenfalls geht aus der Vergleichsstatistik hervor, dass die offene Wundbehandlung sehr gute Resultate erzielen kann. Doch gibt Krönlein selbst zu, dass in Bezug auf die Heilungsdauer die Anhänger der antiseptischen Behandlungsmethode dem cito et tuto, die Anhänger der offenen Behandlung dem lente sed cito huldigen. Die offene Wundbehandlung sorgt besser für Ruhe als die Lister'sche Methode und sorgt auch jedenfalls besser für guten Eiterabfluss; indess wirkt sie nicht so antiseptisch. Alles dies vereinigt in sich die offene Thiersch'sche Verbandmethode. Wo daher eine starke Secretion stattfindet, ist die offene Behandlungsmethode an ihrem Platze.

Der Schwerpunkt der Thiersch'schen trockenen Verbandmethode liegt darin, dass sie neben Gewährung absoluter Ruhe,

wie es der Guérin'sche Watteverband bis dahin am besten that, ebenso antiseptisch wirkt, wie der Lister'sche Verband. Der Schwerpunkt der Berieselung liegt darin, dass sie neben ihrer antiseptischen Wirkung für bessern Eiterabfluss sorgt als der Lister'sche Verband; ausserdem garantirt sie gleich der offenen Behandlung nach Krönlein absolute Ruhe.

Die Leistungen des Thiersch'schen Verbandes.

Es ist bereits erwähnt, wie durch diese Behandlungsmethode sich die Resultate um vieles günstiger gestalteten; indess könnte ich nicht sagen, dass die Constitution des Hospitals sich in gleicher Weise gebessert hätte. Im Gegentheil glaube ich in dieser Beziehung noch stets auf ungünstigem Terrain zu arbeiten und befinde mich auch in der Lage, dieses durch Zahlen beweisen zu können. Alle Operationen, welche nicht nach Thiersch behandelt werden können, flössen mir eine gewisse Furcht für ihren Verlauf ein, und ich muss bekennen, dass ich stets mit einer trüben Ahnung an eine solche Operation herantrete. In dieser Beziehung sind die Resultate meiner Beobachtung denen von Lister entgegengesetzt, welcher glaubte, durch seine Verbandmethode die Constitution der Hospitäler bessern zu können. Zum Beweise möge hier eine Uebersicht derjenigen Operationen folgen, welche nicht nach Thiersch behandelt werden konnten. Man wird zugeben müssen, dass diese kleine Anzahl von zum Theil ganz gefahrlosen Operationen doch einen grossen Procentsatz an Misserfolgen durch Pyaemie aufweisen und jedenfalls einen Schatten auf die Constitution des hiesigen Hospitals werfen. Ich habe meine Hoffnung darauf gesetzt, dass in Zukunft durch die Benutzung der neuen Baraken und eventuell durch Entlastung des Hospitals von den Invaliden, welche noch einen grossen Theil desselben für sich in Anspruch nehmen, es gelingen wird, auch der Aufbesserung der Hospital-Constitution durch häufiges Lüften und Evacuiren näher zu treten.

Ebenso wenig habe ich constatiren können, dass Erysipele seltener werden, worauf ich indess bei den Infectionskrankheiten zurückkommen werde.

Fassen wir die Resultate zusammen, so ergibt sich: die dargelegte Verbandmethode hat im hiesigen Hospitale Erstaunenswerthes geleistet in Bezug auf Bekämpfung des grössten und gefährlichsten Feindes aller chirurgischen Thätigkeit: der Blutvergiftung (Pyaemie). Kein einziger der regelrecht nach Thiersch behandelten Kranken starb an Pyaemie, bei keinem einzigen Amputirten, wo die Amputation frühzeitig bei noch gesundem Blute stattfand, trat Eitervergiftung ein, und dabei waren die hiesigen Hospitalverhältnisse nicht einmal günstig.

Den Erysipelen gegenüber ist der Thiersch'sche Verband machtlos, im Gegentheil scheint bei der trockenen Verbandmethode Rose häufiger vorzukommen, und mag es wohl sein, dass das Ekzem, welches hier durch Retention des Eiters leichter entsteht, der Entwickelung von Erysipelas Vorschub leistet. Einen Einfluss auf Verbesserung der Hospitalconstitution, wie Lister will, kann ich der Methode ebenfalls nicht zuerkennen. Hat doch die von uns angeführte geringe Zahl leichter, aber unglücklich verlaufener Operationen dargethan, dass die hiesigen Hospitalverhältnisse noch stets ungünstige sind.

Eine auffallende Erscheinung ist bei der antiseptischen Behandlungsweise das seltene Vorkommen von Temperatursteigerung. Im Allgemeinen verlaufen Amputationen, grössere Operationen, Verletzungen von Beginn bis zum Schlusse der Heilung ohne Fieber. Eine Temperatursteigerung findet z. B. bei der Oberschenkelamputation meist gar nicht statt und der Verband wird schliesslich nur gewechselt, um einer mechanischen Unbequemlichkeit zu entgehen, die von einer zu massiven Ausdehnung des Stumpfes in Folge fortgesetzter Watteumlagen herrührt.

Und nun der seltene Wechsel des Verbandes an sich; Welche Bequemlichkeit für den Arzt, welche Annehmlichkeit für den Patienten! Die meisten Amputirten, der grössere Theil der schwer Verletzen wird während der ganzen Heilungsdauer nur einige Male verbunden, Wie viele Arbeit wird da nicht auf der

einen Seite gespart, wie viele Schmerzen auf der andern! Und wie verändert sich dadurch die ganze Physiognomie der Krankensäle! Das Weheklagen ist verstummt, die Angst beim Herannahen der Chirugen vom Gesichte der Kranken weggenommen. Statt des Jammerns entspinnt sich im Umgange mit den Kranken eine leichte Unterhaltung und so ist der schmerzlose Verlauf der Heilung gewiss nicht das geringste Moment, welches der Methode von Thiersch das Wort redet.

Allgemeiner Theil

a. Accidentelle Wundkrankheiten.

Ich werde nunmehr die Krankheiten nach den Körperregionen abhandeln. Bevor ich aber damit beginne, will ich vorher, entsprechend dem tonangebenden Volkmann'schen Berichte, die accidentellen Wundkrankheiten vorausschicken.

I. Erysipelas.

Wenn Thiersch selbst sagt: „Es ist, wie ich glaube, schon von allen Seiten zugegeben, dass die antiseptische Behandlung gegen Erysipelas nichts vermag“ so kann ich diesen Ausspruch, wie bereits bemerkt, durch meine Erfahrungen nur bestätigen.

Leider bin ich auch nicht in der Lage, stets die an Erysipelas Erkrankten von den andern Kranken trennen zu können. Es stehen mir ausser kleinen Pensionärzimmern nur grosse Stuben zur Verfügung, und wegen Mangel an Raum kann ich nicht eine solche ausschliesslich für Erysipele verwenden. Ich muss jene Kranken daher inmitten der andern Kranken liegen lassen. Einer besondern Behandlung werden sie auch nicht unterworfen, da ich bis jetzt von keinem einzigen Mittel einen entschiedenen Erfolg gesehen habe. Die Carbolsäureinjectionen haben mich regelmässig im Stich gelassen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem auch wohl der Zufall eine Rolle spielte. In letzter Zeit habe ich die Volkmann'schen Bepinselungen mit Lapislösung 1 : 8 zweimal versucht. Das erste Mal scheinbar mit augenblicklichem Erfolge, indem das Erysipel coupirt wurde; das andere Mal schritt dasselbe trotz der Bepinselung weiter.

Einreibungen mit Terpentinöl hatten auf den weitern Verlauf derselben keinen Einfluss; doch schienen sie den Kranken einige Erleichterung zu gewähren. Es wurde daher meist, um wenigstens jeden Reiz von aussen abzuhalten, um den befallenen Theil, mit Campher bestreute Watte angelegt. Das Erysipel

kam in 25 Fällen zur Beobachtung und vertheilte sich auf die einzelnen Monate, wie folgt:

Januar	0
Februar	0
März	1
April	2
Mai	1
Juni	2
Juli	3
August	2
September	3
October	4
November	3
December	4
	25

Die einzelnen Körpergegenden, wurden in folgender Weise, wobei der Ausgangspunkt des Erysipels zum Bestimmungsgrund gemacht wurde, befallen:

Kopf	5
Gesicht	4
Brust	1
Bauch	3
Obere Extremität	3
Untere Extremität	9
	25

Wird Ausgangspunkt und Entstehungsursache berücksichtigt, so ergibt sich folgende Eintheilung:

Kopfwunde	5
Lippenwunde	1
necrosis narium syphilitica	1
Stirnwunde	1
Durchbruch des Weisheitszahnes und Durchschneidung des Zahnfleisches	1
Operationswunde wegen hernia incarcerata	1
Wegen einer Excision eines Sarcoms aus der Bauchwand	1

Wegen eines abscessus in abdomine	1
Brustamputation	1
Operation am Oberarm	3
„ „ Unterschenkel	9
	25

Die Erysipele endigten 20 Mal in Heilung, 5 Mal mit Tod.

4 Mal führte das Erysipel zur Eiterung. (a)

1 Mal zur oberflächlichen Gangraen. (b)

4 Mal war dasselbe mit delirium febrile combinirt, 1 Mal mit delirium potatorum.

8 Mal wurde es in's Hospital importirt.

6 Mal ist in den Krankengeschichten ein Initial-Schüttelfrost vermerkt.

Die Dauer des Erysipelas ist nicht stets erwähnt, konnte auch nicht immer genau eruirt werden. Nur in 20 Fällen sind hierüber nähere Data angegeben. Folgende Angaben müssen genügen:

2 Mal 3 Tage;
3 „ 4 „ ;
3 „ 5—6 Tage (1 Mal Tod durch Pyaemie);
2 „ 7 Tage (1 Mal Tod durch Adynamie);
1 „ 8 „ ;
3 „ 9 „ ;
1 „ 10 „ ;
1 „ 12 „ (Tod durch Lungen-Oedem);
1 „ 14 „ ;
1 „ 15 „ (Tod durch Pyaemie);
1 „ 20 „ ;
1 „ 50 „ (Tod durch Adynamie u. Lungen-Oedem).

a. Vier Mal führte, wie erwähnt, das Erysipel zu einer secundären Eiterung, die sich stets als eine subcutane, nicht in die Tiefe greifende darstellte.

I. Prinz, Anton, 68 Jahre alt, Schreiner aus Montabaur, welcher vor einigen Tagen mit einem noch nicht ganz verheilten ulcus cruris entlassen worden war, wurde wieder am 16. Juni aufgenommen mit Erysipelas, welches sich allmälich nach unten über den Fuss, nach oben über den Unterschenkel ausdehnte. Behandlung: Einwicklung mit Watte und innerlich Chinin.

23. Juni. Das Erysipel ist abgeblasst. Ueber dem Fussgelenk hat sich eine röthliche schmerzhafte Stelle entwickelt (Cataplasm).

25. Juni. Die Stelle fluctuirt deutlich (Incision).

3. Juli. Geheilt entlassen.

II. Stephan, Carl, 22 Jahre alt, Kutscher aus Cöln, wurde mit einem Erysipelas pedis am 11. November aufgenommen. Das Erysipelas nimmt den ganzen Fuss ein; Watteeinwickelung.

15. November. Das Erysipel ist geschwunden; es besteht indess eine circumscripte deutlich fluctuirende Stelle am malleolus externus, die nach der Incision Eiter entleert (Salicylverband).

20. November entlassen. Die Wunde ist unter dem Salicylverband ganz geheilt.

III. Schlömer, Peter, 16 Jahre alt, aus Hemmersbach, war am 2. October entlassen worden mit einer verheilten Wunde (siehe Seite 24).

Selbiger kehrte am 5. October mit einem Erysipel zurück, welches die ganze linke Hand einnahm. Temperatur 40,0; Finger ödematös und glänzend. Behandlung: Einwicklung mit Watte und innerlich Chinin.

12. October. Temperatur dauernd eine sehr hohe; das Erysipel am Vorderarm hinauf gestiegen. Lymphadenitis in der Axelhöhle. Am dorsum der Basalphalangen des Mittel- und Zeigefingers konnte man Fluctuation nachweisen, weshalb eine Incision gemacht und das Ganze mit Salicylwatte verbunden wurde.

Am 6. December wurde Patient entlassen. Finger noch ödematös geschwollen, die Bewegung im Handgelenk war eine ziemlich ausgiebige. Da die Narbe, die Folge der Verletzung, wie mitgetheilt, das Handgelenk fast circulär umgibt, so darf man sie wohl als Entstehungs-Ursache dieser subcutanen Eiterung ansprechen; denn da sie nothwendig durch Compression den Rücklauf des Blutes in den Venen stauen musste, so vermehrte sie unbedingt die Spannung der Haut, die ohnehin bei Erysipelas der Finger eine sehr grosse ist und setzte so einen Entzündungsreiz.

b. Verfolgen wir nun den Fall ad b. in welchem das Erysipel zu Gangraen führte. Derselbe war gleichzeitig mit delirium tremens combinirt.

Cramer, Heinr. 51 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, wird am 28. Mai aufgenommen mit Erysipelas cruris sinistri. Es gesellte sich bald Delirium hinzu. Einwickelung mit Watte und innerlich Chloralhydrat.

30. Mai. Patient hat geschlafen und ist ruhig. Das Erysipel auf den Fuss hinabgestiegen, während es am Unterschenkel an einzelnen Stellen einen gangraenösen Charakter zeigt. Einwickelung mit Salicylwatte, innerlich Chinin.

7. Juni. Das Erysipel blasst ab, die gangraenösen Theile stossen sich ab, es zeigt sich eine schöne granulirende Fläche.

Wir wollen nun die tödtlich abgelaufenen Fälle vorführen.

1. Fräulein Prebek, 23 Jahre alt, Lehrerin aus Rheda in Westfalen, consultirte mich am 20. Juli in der Privatpraxis wegen eines abscessus, welcher sich um den rechten Weisheitszahn entwickelt hatte. Das Zahnfleisch bedeckte denselben wie eine Kappe. (Incision und Ausschneidung eines Keiles aus dem deckenden Zahnfleisch) Nachmittags entstand eine Blutung aus der Wunde, welche durch Aufdrücken von Charpie, die in Ferrum sesquichlorid getaucht war, gestillt wurde.

22. Juli. Die Wange ist sehr stark erysipelatös geschwollen. Temperatur 40,0. Von Eiterretention nirgend etwas zu entdecken. Bereits stellen sich unter fortdauernder allmälicher Ausdehnung des Erysipels über die Stirne Delirien ein. Einwickelung mit Watte; innerlich Chinin.

28. Juni. Das Erysipel hat sich auch über das Hinterhaupt ausgedehnt. Temperatur steigt Abends über 40.

5. August. Patientin colabirt immer mehr und stirbt gegen Mitternacht. Section wurde leider verweigert; doch spricht der ganze Fall für Pyaemie.

2. Huck, Rosa, geb. Schuhmacher, 65 Jahre alt, aus Cöln, litt an mehreren Sarcomen in der Bauchwand und ward dieserhalb am 25. December 1874 aufgenommen. Schon vor Jahren war Patientin wegen einer Geschwulst in der Bauchwand operirt worden. Seit jener Zeit war dieselbe bis vor einem halben Jahre beständig wohl gewesen. Da entwickelten sich allmälich um die alte Operationsnarbe und in derselben mehrere Knoten. In der Narbe bemerkte man vier, beinahe Taubenei grosse, weiche, fast fluctuirende Knoten. Behandlung: Excision derselben durch Ausschneidung eines Ovales am 19. December.

Am 25. December heftiges Fieber. Um die Operationswunde herum besteht Erysipelas. Injectionen von Carbolsäure rings um dasselbe hemmen nicht dessen weitere Ausdehnung. Dasselbe wandert vielmehr nach hinten zur gleichseitigen Rückenhälfte. Patientin collabirt sehr. Behandlung: Injection von Carbolsäure, innerlich Campher.

7. Jauuar. Tod an Lungenödem und Marasmus, wie die Section nachwies.

3. Schenk, Amalia, 64 Jahre alt, aus Elberfeld, wurde am 27. November 1874 aufgenommen mit einer schmutzigen Wundfläche am linken obern Augenlide und einem Erysipel, welches sich von da über den Kopf ausdehnte. Die Kranke ist sehr collabirt. Behandlung: Einwicklung mit Watte, innerlich Campher.

22. December. Das Erysipelas hat sich allmälich über die Brust und rechten Arm ausgedehnt; Patientin ist sehr schwach. Oberhalb des Olekranon besteht ein Abscess, der eine Incision nöthig macht.

30. December. Das Erysipel war abgeblasst und Patientin fühlt sich einige Tage relativ wohl. Plötzlich tritt wieder eine Temperatursteigerung ein, das Erysipel zeigt sich am rechten Oberschenkel. Behandlung: Injectionen von Carbolsäure, innerlich Campher.

5. Januar. Patientin wird unter dem Fortschreiten des Erysepels immer schwächer; Tod durch Adynamie und Lungenödem.

4. Adolph, Cath., geb. Hartmann, 50 Jahre alt, aus Cöln, wird am 11. Juni 1875 an einem nicht operirbaren carcinoma uteri aufgenommen. Schon seit dem Jahre 1873 litt Patientin an Uterinblutung, war Ende 1874 im Hospital, wo die Untersuchung carcinoma uteri ergab. Der fundus uteri reichte bis zum Nabel, die Oberfläche desselben war uneben und knotig und auf Druck schmerzhaft. Beim Einführen der Sonde entstand eine reichliche Blutung aus der Höhle, aus welcher für gewöhnlich ein mit Blut untermischter Eiter abfloss. Die Muttermundslippen waren wenig verändert, nur die hintere etwas verdickt, uneben, knotig, ohne exulcerirt zu sein. Beim Einführen des Fingers durch den geöffneten Muttermund floss ein blutiger Eiter in grösserer Menge ab; damals schon ward die Diagnosis auf carcinoma der Gebärmutterhöhle und der Substanz des Uterus gestellt; es war somit an einer Exstirpation wegen der knotigen Oberfläche der Gebärmutter nicht zn denken, und da keine starke Blutung bestand, so war auch keine Indication zur Auslöffelung der Uterushöhle vorhanden, einem Verfahren, welches ich sonst wohl öfter und mit Vorliebe ausführe. Nach Verlauf von einer Woche verlangte Patientin Entlassung.

Am 11. Juni 1875 kehrte dieselbe bedeutend abgemagert zurück. Scheidenausfluss hat sehr zugenommen. Behandlung: Einspritzung.

17. Juni 1875 Mittags wird Kranke von einem heftigen, mehrere Stunden lang andauernden Schüttelfroste befallen. Temperatur 41,5. Schmerzen in der Leistengegend. Lymphadenitis.

18. Juni. Erysipel der linken Leisten und Schamgegend. Temperatur Morgens 40,5; Abends 39,9.

22. Juni. Das Erysipel hat sich auf den linken Oberschenkel hin und die Nates ausgedehnt. Temperatur Morgens 39,0; Abends 39,9.

23. Juni. Tod durch Adynamie.

Da die übrigen Erysipele nichts besonderes zeigen, so führe ich sie den Körpergegenden entsprechend nur kurz an.

1. Schmitz, Franz, 24 Jahr alt, aus Cöln, wird am 14. November 1875 wegen eines Erysipelas, welches zu einer Kopfwunde getreten war, während Patient sich noch ausserhalb des Hospitals befand, aufgenommen. Behandlung: Thiersch'scher Verband. Heilung des Erysipels nach vier Tagen, am 27. November entlassen.

2. Reiferscheid, Stephan, 36 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, aufgenommen am 5. August 1875 wegen caries narium syphilitica verbunden mit Erysipel. Behandlung: Schwitzkur und Jodkali. 3. September 1875 geheilt entlassen.

3. Götze, Gottlieb, 61 Jahre alt, Schuster aus Cöln. Am 26. Januar 1875 wegen Psoriasis aufgenommen, macht eine von Herrn Geheimrath Fischer mit Erfolg angewandte Citronenkur durch, worauf der Ausschlag rapide schwindet.

6. März bekommt Patient plötzlich einen Schüttelfrost, darauf Erysipelas faciei.

13. März. Abblassung des Erysipels.

9. August von Psoriasis geheilt entlassen.

4. Bopp, Wilh., 17 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln war vor einigen Tagen von Kopfwunden geheilt entlassen worden, er wurde am 9. März mit Erysipelas capitis aufgenommen, welches sich nach Frösteln einstellte.

16. März geheilt entlassen.

5. Baess, Victor, 38 Jahre alt, Schriftsetzer aus Ixel, aufgenommen am 15. October 1875 mit vulnus capitis und consecutivem Erysipel.

20. October geheilt entlassen.

6. Dohm, Adolph, 25 Jahre alt, Brauer, wurde am 10. Juli mit vulnus frontis und consecutivem Erysipel aufgenommen und am 19. Juli geheilt entlassen.

7. Hinschbach, Wilh., 36 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 19. Juli 1875 aufgenommen mit einer leichten Verletzung am Ellenbogen und Erysipel, das sich über den ganzen rechten Arm erstreckte. 29. Juli geheilt entlassen.

8. Kirstein, Gertrud, 45 Jahre alt, Köchin aus Milde, 6. December 1874 aufgenommen mit einer incarcerirten Cruralhernie rechter Seits. 8. December herniotomie; am 10. December steigt am rechten Unterschenkel ein Erysipel herunter; Fieber dauernd sehr hoch. 30. December das Erysipel ist verschwunden.

9. Obladen, Joseph, 60 Jahre alt, aus Jülich, aufgenommen mit Erysipelas bulosum, entstanden nach ulcus pedis in Folge von Stiefeldruck.

26. Juni geheilt entlassen.

10. Ohligschläger, Peter, 66 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Bonn, leidet oft an entzündlicher Anschwellung des Fusses, wodurch das Bein sich allmälich verdickt hat. Seit 14 Tagen entwickelte sich eine kleine Wunde am Fusse durch Stiefeldruck, und nach einigen Tagen trat ein Erysipelas unter Anschwellung des Fusses hinzu. Behandlung: Watteeinwickelung, später gegen die Anschwellung hydropathische, feste Einwickelung.

22. November, gebessert entlassen, Haut ist nicht mehr so derb und fest.

11. Himmler, Marie, 75 Jahre alt, aus Cöln. Erysipelas cruris 2. October 1875 aufgenommen, 11. October geheilt entlassen.

12. Kramer, Heinrich, 51 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen mit Erysipelas cruris, 29. October geheilt entlassen.

13. Schneider, Max, 22 Jahre alt, aus Brieg. 11. September 1875 aufgenommen mit vulnus dig. ind. man.

Am 15. September Lymphangitis, Lymphadenitis in der Achselhöhle mit Erysipelas manus, Temperatur 40,5.

18. September. Rose ist weiter an der Hand heraufgestiegen in Volamanus, Abscess, Incision.

20. September. Rose im Erblassen begriffen.

4. December geheilt entlassen.

14. Meyer, August, 40 Jahre alt, aus Crefeld. 8. October 1875 aufgenommen. Am 9. October Resection des Humerus; 20. November Nachresection des Humerusendes; 24. November Temperatur Abends 38,9. Erysipelas, 2. December Erysipel geschwunden, indess hat dasselbe zu einer eiterigen Sehnenscheidenentzündung geführt. Incision.

15. Becker, Johann, 15 Jahre alt, aus Cöln. 27. September 1875 aufgenommen mit necrosis ossium narium. 26. November 1875 bekommt derselbe auf der Station Erysipelas, nachdem er 3 Tage lang heftig gefiebert hatte, ohne dass anfänglich ein bestimmter Grund des Fiebers nachgewiesen werden konnte. Das Erysipel verbreitete sich von der Nase aus über das ganze Gesicht. Bepinselung mit Lapislösung 1 : 8; 3. December. Das Erysipel schreitet immer weiter. Temperatur Abends 40 bis 40,5. Wiederholte Anwendung kalter Bäder. Das Erysipel ist von dem Hinterhaupt auf den Rücken hinabgegangen. 6. December zeigt es sich bereits an beiden Armen. 7. December. Das Erysipel nimmt heute den Unterarm ein. Bepinselung mit Lapislösung. 12. December geheilt entlassen.

16. Lange, Gustav, 31 Jahre alt, Heizer aus Lüdenscheid. Eitriger Leistenbubo. Am 26. October 1875 aufgenommen; 27. October Ausschabung; 28. October Erysipel; 17. November geheilt entlassen.

17. Schneider, Franz, 25 Jahre alt, Kutscher, Riegersdorf. Am 13. December aufgenommen mit einer grossen Stirnlappenwunde; sorgfältige Reinigung der Wunde, einige Stütznähte, Salicylverband. Verlauf gut. 8. December, Fieber, Temperatur 40,5. Kein Frostanfall, Eitertasche über der Nase. Incis. 9. December. Um Wunde herum besteht Erysipel.

18. Hemeler, Franz, 18 Jahre alt, Färber aus Heminghausen. Mit ulcera cruris, Lympho sarcoma. colli. 6. November aufgenommen, 25 November operirt. Extirpation der Drüsen. Abends Temperatur 40,1; Chinin.

26. November. Vollständiges Wohlbefinden. Keine Temperaturerhöhung.

29. November. Temperatur 40,2; kein Eiter retinirt, auch zeigt sich noch kein Erysipel.

4. December. Uebelkeit, Erbrechen, Temperatur 40,0 Erysipelas steigt jetzt von der Wunde gegen das Gesicht. Bepinselung.

7. December. Das Erysipel ist nicht weiter gegangen.

19. Schimmel, Cath. 74 Jahre alt; aufgenommen mit Erysipelas femoris, am 20. Mai 1875; am 9. September 1875 geheilt entlassen.

20. Brigge, Clara, 15 Jahre alt, Magd aus Cöln; am 28. Juni 1875 aufgenommen mit fractura radii, Kopfwunde, Luxation des Vorderarmes nach hinten. Behandlung: Einrenkung und Verband nach Thiersch.

21. Nettihem, Hel. 6 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen am 9. Juni wegen ulcera syphilitica im Gesichte und an den Extremitäten. Die jetzigen Formen sind mehr lupöser Natur. Am 5. Juli Ausschabung am 7. Juli Erysipelas; am 11. Juli Heilung.

22. Buggeler, Gertrud, aus Müngersdorf, aufgenommen am 20. Juni wegen mastitis dextra. Am 22. Juni Erysipel. Carbolinjection. Am 26. Juni Incision wegen Abscessbildung.

23. Milowitz, Christ. aus Cöln, hatte einen Abscess am linken Fusse, wurde am 11. Juni 1875 aufgenommen mit caries des os metatarsi primi pedis. Resection aller Metartasalknochen, am 21. Juli. 5. August Erysipelas. 14. August Heilung.

24. Bausen, Marg., 65 Jahre alt, aus Cöln. Am 11. October mit vulnus capitis aufgenommen. Benzoëverband. Am 15. November Erysipelas; am 17. November Erysipelas verschwunden.

25. Benchen, Jakobine, 2 Jahre alt, aus Cöln, caries der Basis des metacarpus des 2. und 5. Fingers der rechten Hand und caries der linken ulna. Am 16. October Operation. Extraction der kranken Knochen. Thiersch'scher-Verband. Am 26. November Erysipel, welches am 29. November verschwand.

26. Conrads, Gertrud, 24 Jahre alt, Magd aus Kassel; 12. October aufgenommen mit einem grossen ulcus cruris.
12. November Erysipelas; 16. November, dasselbe beginnt abzublassen.

27. Betzel, Cath., 62 Jahre alt, aus Deutz. Am 26. Mai 1875 aufgenommen mit sarcoma mammae. 27. Mai Operation, exstirpatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. 29. Mai Erysipelas 15. Jun Abblassen des Erysipelas; 3. Juli geheilt entlassen.

II. Septische Phlegmone

kam in drei Fällen zur Beobachtung und endigte jedesmal mit Tod.

Die Fälle sind folgende:

1. Fall: Rehfeld, Elisa, 41 Jahre alt, aus Cöln. Seit Mai gravida, bemerkte vor Tagen Röthung und Schwellung der Praepatelbaer-Gegend, hatte dabei starkes Fieber, Durst, Hitze etc. Der hinzugezogene

Arzt fand eine der Bursa-Praepellaris entsprechende Anschwellung, die scharf begrenzt war und sich steil ansteigend von ihrer Umgebung abhob. Diagnose: Bursitis-Praepatellaris. Behandlung: Breiumschläge. Am 16. April wurde ich zugezogen und fand folgendes: Der ganze Unterschenkel und die untere Hälfte des Oberschenkels stark geschwollen, brettartig, sehr schmerzhaft. Die Gegend der Bursa-Praepatellaris stärker prominirend, fluctuirend, und sich auch jetzt noch von der Umgebung abhebend. Kniegelenk scheint, so viel eben durch die dasselbe umgebende Schwellung nachzuweisen ist, noch frei. Temperatur 40. Dabei Kopfschmerz, trockene Zunge etc. Diagnosis: Entzündung der Bursa-Praepatellaris mit secundärer septischer Phlegmone. Zugleich bemerke ich noch, dass die beiden einzigen Kinder unserer Patientin zugleich an Kehlkopf-Diphtheritis erkrankten und trotz frühzeitiger vorgenommener Tracheotomie starben. Jedenfalls ist in dem gleichzeitigen Auftreten von Diphtheritis-Fällen und septischer Phlegmone mehr wie ein bloss zufälliges Zusammentreffen zu sehen, sondern ganz gewiss ein ursächlicher Zusammenhang. In die Bursa-Praepatellaris machte ich eine Incision, entleerte etwas Serum und drang in die Patientin, sich in's Hospital aufnehmen zu lassen.

26. December 1874 wird Patientin aufgenommen, nachdem sie noch in der Nacht vorher eine Frühgeburt überstanden hatte. Unter- und Oberschenkel stark geschwollen, sehr schmerzhaft, Puls 110, Temperatur Abends 40, Zunge trocken, fuliginös belegt. Es werden gleich am ersten Tage zwei und drei Zoll lange Incisionen durch die infiltrirte Haut gemacht, wobei sich nur etwas Serum entleert. Die Wundränder zeigen sich speckig infiltrirt. Behandlung: gute Nahrung, Champagner, Chinin, Verband nach Lister.

29. December. Die Härte der Haut ist weiter nach oben gestiegen bis zur Schenkelbeule; es werden mehrere Incisionen gemacht, um die Haut zu entspannen.

5. Januar 1875; die Temperatur ist Abends stets hoch, 39,5. Infiltration der Haut noch höher hinanf gestiegen. Aus den Incisions-Oeffnungen entleert sich unter den theilweis gangraenös gewordenen Lappen viel dünnflüssige Jauche.

12. Januar 1875. Patientin collabirt sehr; die Röthung nimmt nun besonders die Gefässgegend ein.

23. Januar; exitus letalis.

Section: In der Vena cruralis befindet sich ein Fuss langer, alter, nicht zerfallener Thrombus. Rechte Pleura-Höhle von einem eiterigen Exudate ausgefüllt; In den kleineren Bronchien rechts besteht ein eiteriger Catarrh.

2. Fall. Brabender, Maria, 61 Jahre alt, aus Cöln. Patientin hat schon 5 Mal an grösseren oder kleineren Geschwüren des linken Unterschenkels mit jedesmaliger Begleitung eines Erysipelas gelitten. Jetzt ist sie wiederum von einer Entzündung dieses Schenkels befallen und sucht dieserhalb Hülfe im Hospital.

17. Januar 1875. Patientin hat ein sehr starkes Fettpolster. Temperatur Abends 39,0. Zunge trocken, der linke Unterschenkel bis über

das Knie mächtig angeschwollen, prall gespannt, bretthart, hochroth. Ungefähr in der Mitte desselben befindet sich ein handtellergrosses oberflächliches, schmutzig aussehendes, diphtheritisch belegtes Geschwür. Auf dasselbe wird Charpie, mit Carbolsäurelösung getränkt, gelegt.

19. Januar. Die Umgebung des Ulcus wird gangraenös, Patientin ist schwach, jammert sehr, Temperatur Abends 39,3. Behandlung: Ausgiebige Incisionen in die Haut, Abtragung der gangraenösen Stücke, Stillung der Blutung durch Betupfen mit ferrum sesquicloridlösung.

30. April. Gangraenescenz hat immer weitere Fortschritte gemacht. Infiltration der Haut immer höher nach oben gestiegen. Behandlung: Nochmals ausgiebige Incision, Abtragung der gangraenösen Haut; die Wundränder der Incisions-Stellen haben ein speckiges, diphtheritis infiltrirtes Aussehen; manche Stellen, an denen die Haut abgelöst ist, werden ausgekratzt und das Ganze mit Charpie ausgestopft, die in ferrum sesquicloridlösung getaucht ist.

11. Mai. Die Hautinfiltration steigt noch weiter hinauf. Patientin hat heute einen Frostanfall gehabt, der sich bis zum 14. Mai noch einige Male wiederholt, an welchem Tage der Tod eintritt.

3. Fall. Montanelli, 52 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln; 24. August aufgenommen. Patient fiel 6 Tage vorher auf das rechte Ellenbogengelenk, hatte in Folge dessen Schmerzen im Ellenbogen und konnte denselben nicht bewegen. Nach zwei Tagen wurde der Arm roth, schwoll an, und suchte Patient unter obigem Datum Aufnahme im Hospital. Ueber dem Ellenbogen verläuft eine quere Wunde, aus welcher sich eine zäh klebrige Flüssigkeit entleert. Der ganze Ober- und Vorderarm ist von einer erysipelatösen Röthe eingenommen, die Umgegend der Wunde phlegmonös, zu einem festen derben Gewebe infiltrirt. Temperatur 40,0. Behandlung: Incision und Auskratzung. Wundränder sind speckig, diphtheritisch. Benzoë-Verband. Patient hat den ganzen Tag delirirt, mit dem Arme hin und her geschleudert.

27. August. Collapsus, Tod.

III. Trismus und Tetanus
kam dreimal zur Beobachtung.

Fall 1 war Trismus neonatorum:

Ettweiler, Cath., 8 Tage alt, aus Gleuel, ward am 17. August aufgenommen. Der Nabel war entzündet und es liess sich aus demselben Eiter ausdrücken. Der Mund war ziemlich fest geschlossen; man konnte nur mit Gewalt den Unterkiefer aufpressen. Das Kind konnte keine Nahrung zu sich nehmen. Abends trat schon der Tod ein.

2. Wirtz, Matth., 18 Jahre alt, fractura antibrachii. 22. Januar 1875, starb am 6. Tage an acutem Tetanus.

3. Rinchel, Matth., 25 Jahre alt, Dachdecker aus Trier, wurde am 18. December 1875 aufgenommen mit acutem Tetanus und starb am 19. December. Der Tetanus war hier in Folge einer Schuss-

verletzung der linken Hand eingetreten und zwar am 10. Tage nach der Verletzung. Der Tod trat am 3. Tage nach dem Beginn des Tetanus ein.

IV. Septicaemie

gesellte sich einmal zu Carbunkel; ein Fall, der unter der Rubrik Carbunkel seine Erledigung finden wird.

Dreimal ward dieselbe mit Phlegmone importirt; Fälle, die wir bereits mitgetheilt haben. Ausserdem entwickelte sich dieselbe nach einer colossal ausgedehnten Zerreisung in Folge von Gangraen, welche innerhalb 24 Stunden eine so ungeheure Ausdehnung gewann, dass keine Amputation mehr möglich war.

Schumacher, Peter, 70 Jahre alt, Fuhrmann aus Nedersheim, wurde am 20. October 1875 aufgenommen und starb schon am 22. October, 48. Stunden nach der Verletzung. Patient wurde am 20. October von einem Wagen überfahren; die Haut war vom Knie aus bis über die Mitte des Oberschenkels in einer Länge von 37 cm. und einer Breite von 28 cm. vollständig abgeschält, dabei lappig zerrissen und zerfetzt, nach aussen umgekrämpt und mit Schmutz imprägnirt. Die tiefern, festern Theile waren unverletzt, doch war die Haut nach oben, entlang dem Gefässverlaufe, noch bedeutend verletzt und gequetscht, so dass, wenn man operativ hätte vorgehen wollen, man zur Exarticulation hätte schreiten müssen; und auch dann würde man nicht oberhalb der Verletzung operirt haben. Mit Rücksicht auf den Umstand, dass die tieferen Theile nicht verletzt waren, folgte ich der conservativen Behandlungsweise. Es wurde die Wunde gehörig gereinigt, aller Schmutz abgewaschen resp. mit der Scheere abgetragen, darauf in die seitlichen Taschen Incisionen gemacht, Drainageröhrchen eingelegt, hin und wieder eine Stütznaht angelegt und das Ganze nach Lister verbunden. Abends Temperatur 38,2; Zunge indess etwas trocken.

21. October. Zunge sehr trocken, Patient spricht auch etwas irr, Temperatur 39,5. Wechsel des Verbandes. Die Haut ist verfärbt, gangraenös bis zum Scrotum und zur Bauchwand, und emphysematös. An eine Exarticulation ist nun nicht mehr zu denken. Auf das Eintreten eines derartigen Zufalles war ich wohl vorbereitet; indess entwickelte sich in diesem Falle die Gangraen so rapide und so ausgedehnt, dass kein operativer Eingriff mehr möglich war. Jedenfalls war das Gewebe noch weit oberhalb der Verletzung subcutan von der äussern Gewalt direkt getroffen und in seiner Ernährung gestört. Eine Ueberlegung, die mich auch gleich anfangs von der Exarticulation zurückgehalten hatte.

23. October. Morgens 9 Uhr, Tod.

Section ergab: Gangraen der Haut von der Mitte des Unterschenkels bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse; unterhalb der Haut befanden sich in der ganzen Ausdehnung der Gangraen Blutextravasate als Folge der subcutanen Verletzung; Herz welk und schlaff.

Wolf, Adolf, 65 Jahre alt, Kaufmann aus Cöln, wurde am 9. April 1875 aufgenommen mit einer schon bestehenden Infection. Tod am 29. Mai 1875. Patient soll am 29. März 1875 gefallen sein, bei welcher Gelegenheit sein Fuss umgeschlagen ist. Am 9. April sind bereits Delirien eingetreten; der rechte Fussrücken ist sehr geschwollen und geröthet. Temperatur sehr hoch. Behandlung: Breiumschläge.

11. April. An einzelnen Stellen des Fussrückens werden Incisionen gemacht, aus denen sich viel Eiter entleert. Fusswurzelknochen zeigen sich necrotisch. Offene Behandluugsmethode: Ich hatte der schon ausgeprägten Septycaemie halber zum Versuche die Amputation vorgeschlagen, indess als ich die Einwilligung erhielt, war es schon zu spät.

15. April. Delirien bestehen fort, Röthung bis zum Unterschenkel gestiegen; an einzelnen Stellen Emphysem nachweisbar.

20. April. Emphysem reicht bis zur Mitte des Oberschenkels, Röthe noch höher gestiegen, Delirien dauern fort, Zunge sehr trocken. Es werden wieder mehrere Incisionen am Unterschenkel gemacht.

5. Mai Tod. Section: Herz welk und schlaff; Milz matschig, weich und gross.

Breuer, Johann, 54 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, starb am 23. November 1875 an Septycaemie in Folge von Carbunkel. 14 Tage vor seiner Aufnahme, die am 14. October erfolgte, entwickelte sich langsam ein Panaritium des Daumens der linken Hand. Bei der Aufnahme wird sofort eine Incision gemacht, der Eiter entleert und Salycilverband angelegt. Am 20. October wird derselbe entfernt, die Wunde ist fast verheilt, so dass sie mit Charpie verbunden werden kann. Patient hätte nun entlassen werden können, doch wurde er noch zu kleineren Dienstleistungen im Hospital verwandt, und sollte am 17. October entlassen werden. Da, plötzlich zeigt sich hohes Fieber, 39,4, belegte Zunge, Delirien und am linken Ellenbogen ein Carbunkel, der zum Theil aufgebrochen ist, und über den Patient bis dahin wohl aus Messerscheu Schweigen beobachtet hatte. Sofort wird ein Kreuzschnitt über den Carbunkel gelegt und die Wunde mit in ferrum sesquiclorid eingetauchter Charpie ausgestopft.

18. November. Um den Carbunkel herum besteht eine entzündliche Röthe. Temperatur 40,6. Delirien. 21. November Temperatur 40,2, Sopor. 23. November Somnolenz; Tod.

Einmal gesellte sich zu einer mastitis eines Neugeborenen eine septische Phlegmone.

V. Pyaemie.

Dieselbe kam in diesem Jahre 31 Mal zur Beobachtung, und zwar vertheilen sich diese Fälle wie folgt:

I. 3 Fälle als Bestand aus dem vorangegangenen Jahre.

II. 6 Fälle wurden bereits inficirt aufgenommen, und zwar

3 post puerperium, 1 post pneumoniam, 1 nach Harnabscess in Folge von strictura urethrae, 1 post Erysipelas.

III. 10 Mal entwickelte sich Pyaemie im Hospitale bei Fällen, die nicht nach Lister resp. Thiersch behandelt werden konnten.

IV. 9 Mal entstand Pyaemie bei der Lister'schen Behandlungsmethode.

V. 2 Mal bei der Thiersch'schen.

VI. 1 Mal bei der Behandlung mit Benzoëwatte.

Indem ich in Bezug auf die antiseptische Wirkung der Verbandmethoden, wie in Rücksicht ihrer Wirkungen auf die Constitution auf früher Gesagtes verweise, führe ich nunmehr die Fälle einzeln an.

ad I. 1. Schröder, Joseph, 32 Jahre alt, Tagelöhner aus Frerichsdorf, wurde am 16. December 1874 aufgenommen mit Necrosis tibiae, starb am 15. Januar 1875 an Pyaemie. Demselben fiel ein Stein auf's rechte Bein, welches vor Jahren dicht unterhalb des Knies fracturirt gewesen; es entwickelte sich sofort an dieser Stelle eine entzündliche Schwellung, die sehr schmerzte, dabei fieberte Patient lebhaft.

24. December machte ich eine Incision und entleerte eine grosse Quantität Eiter.

26. December entfernte ich einige necrotische Knochensplitter, aber schon am 1. Januar 1875 trat ein heftiger Schüttelfrost mit bedeutender Temperatursteigerung ein. Dabei gewannen die Granulationen ein schlechtes Aussehen.

6. Januar. Die Schüttelfröste haben sich noch öfter wiederholt. Temperatur Abends 40 und mehr.

10. Januar. Patient wird immer schwächer, delirirt, Schüttelfröste wiederholen sich fast täglich.

15. Januar, Tod.

2. Augustin, Jul. 42 Jahre alt, aus Jeram, aufgenommen am 15. November 1874 mit fractura tibiae dextrae comminutiva, gestorben an Pyaemie den 10. Januar 1875. Knochen war sehr zersplittert; es bestanden starke Sugillationen und bedeutende Anschwellungen, weshalb nur ein sehr lockerer Gipsverband angelegt werden konnte; derselbe musste aber doch schon nach einigen Tagen wegen Temperatursteigerung abgenommen werden. Es bestand eine entzündliche Anschwellung um die Fracturstelle. Das Bein wurde zwischen Sandsäcken fixirt und eine Eisblase aufgelegt. Nach Verlauf von einigen Tagen entleerte sich nach einer Incision Eiter mit jauchigem Blute.

30. November tritt eine Fascienvereiterung hinzu, Patient fiebert Abends stets, doch reinigt sich die Wunde allmälich und schon gestaltet

sich der Verlauf günstig, als plötzlich am 2. Januar 1875 unerwartet ein Schüttelfrost eintritt. Schüttelfröste wiederholen sich dann noch öfter; der Verlauf ist ein rapider. Temperatur ist stets Morgens über 39; Abends über 40.

Am 10. Januar 1875 tritt der Tod durch Pyaemie ein.

3. Ulrich, Anton, 5 Jahre alt aus Cöln, wurde am 18. December 1874 mit einer so schweren und complicirten Verletzung des Unterschenkels aufgenommen, dass augenblicklich die Amputation des Oberschenkels gemacht werden musste. Der Stumpf heilte sehr schön; es trat lange Zeit gar kein Fieber ein, so dass der Verlauf bis zum 3. Januar 1875 ein äusserst günstiger war; da plötzlich zeigt sich ein Schüttelfrost unter starker Temperatursteigerung; Schüttelfröste wiederholen sich; am 11. Januar letaler Ausgang durch Pyaemie.

ad II. 1. Kredelbach, Cath. geb. Wolter, 20 Jahre alt, aus Cöln, Stuhlflechterin, wurde aufgenommen am 14. Juli 1875 mit Metrorrhagie und starb am 17. September 1875.

Patientin hatte vor 8 Wochen eine schwere Geburt überstanden; zwei Wochen nach derselben stand sie auf und ging ihrer Beschäftigung nach. Dabei hatte sie stets das Gefühl, als ob im Unterleibe ein schwerer Körper nach unten dränge, und am Ende der dritten Woche traten Blutungen ein.

14. Juli. Patientin ist sehr schwach. Unterleib etwas aufgetrieben und schmerzhaft; Temperatur Abends 39,8. Fortdauernder Blutabfluss. Behandlung: Eisblase auf den Unterleib, Tamponade und zeitweiliges Ausspritzen. Temperatur sinkt in den ersten Tagen etwas, steigt aber gegen den 25. wieder Abends auf 40 und bleibt von da ab stets hoch.

2. Juli. Patientin ist sehr collabirt; Temperatur Abends noch stets 40.

16. Juli. Patientin hat eine nicht zu beseitigende Diarrhoe; Temperatur unter der normalen; Behandlung: arg. nitric. 0,01 pro Dosi.

26. Juli. Temperatur ist plötzlich wieder gestiegen, es fliesst auch wieder mehr Blut ab.

5. August. Temperatur ist plötzlich wieder 40,4. Patientin hat einen completen Schüttelfrost.

13. August. Uterus sehr schmerzhaft, besonders an der hintern Seite im Douglasischen Raume.

26. August. Schmerzhafte Anschwellung des labium maj. und Frostanfall; Temperatur 41,3.

29. August. Incision des Labium; Entleerung von vielem Eiter und Blut. Haematoma. Blutstillung machte in dem morschen Gewebe viel Schwierigkeit.

14. September. Decubitus. Grosse Schmerzen in den Beinen. Sugillationen an verschiedenen, nicht durch Druck leidenden Körperstellen.

17. September. Colapsus. Tod. Section: Rechte Lunge mit zum Theil eiterig zerfallenen Infarcten durchsetzt. Jauchige Parametritis,

linkerseits in der Beckenhöhle befindet sich eine Quantität schwärzlich-grünlicher Jauche.

2. B Friedr., 52 Jahre alt, Tagelöhner aus Ehrenbreitstein, wurde am 11. October aufgenommen mit einem Abscesse in der Dammgegend. Patient hatte vor 20 Jahren einen Tripper gehabt, der mittelst Einspritzung behandelt wurde. Seit jener Zeit hat er öfter catheterisirt werden müssen, vor 14 Tagen bemerkte er nun plötzlich eine Anschwellung am Damme, die ohne besonderen Drang zum Uriniren auftrat; dieselbe nimmt aber unter Schmerzen zu, es entwickelt sich oedema scroti. Behandlung: Cataplasmen. Am 13. October entleert eine Incision ein wenig Eiter, das Scrotum zeigt sich speckig infiltrirt. Gleich nachher tritt ein heftiger Schüttelfrost ein; Temperatur 39,6.

15. October. Abends Temperatur 40,1, abermals Schüttelfrost.

22. October. Patient klagt über sehr heftige Schmerzen in den Gelenken, namentlich in den Hand- Knie- und Ellenbogen-Gelenken. Temperatur 40,1. Delirien.

26. October. Tod. — Section: In der Thoraxmuskulatur findet sich ein Abscess; in der Lungenpleura starke eiterige Auflagerungen, Milz sehr gross, matschig und weich. In dem Bindegewebe, um Blase und Prostata herum finden sich Eiterherde, um die Gelenke ebenfalls Spuren von Eiter, in denselben kein Eiter.

3. Paffrath, Franziska geb. Schäfer, aus Cöln, hat vor 8 Wochen eine schwere Entbindung überstanden. 14 Tage nach der Geburt spürt sie plötzlich beim Aufstehen einen Schmerz in der linken Wade, die angeschwollen ist und bei der Aufnahme am 29. October einen grossen Abscess erkennen lässt. Dabei sehr hohes Fieber 39,5, schneller Collapsus, so dass der Tod in Bälde zu erwarten war, welcher am 3. October eintrat. Es ist keine Section gemacht worden.

4. Quester, Judula geb. Büscher, 37 Jahre alt, Wäscherin. Dieselbe bekam am Ende des zweiten Monates nach dem Ausbleiben ihrer Menses plötzlich starke, wehenartige Schmerzen im Rücken; darauf eine ziemlich starke Blutung, die 4 Tage anhielt; gleichzeitig heftige Schmerzen in den Waden.

9. Januar 1875 aufgenommen, der Unterleib zeigt sich nicht geschwollen, vagina weich und schlaff; ziemlich starker Ausfluss aus dem Uterus. Waden geschwollen und schmerzhaft. Temperatur 40,0. Behandlung: Brei-Umschläge auf die Waden, Ruhe, Chinin.

15. Januar. Anhaltend hohe Temperatur, icterische Farbe, Milz vergrössert, ab und zu Frösteln.

22. Januar. Temperatur stets hoch, viel Durst, leichte Delirien, stockende Expectoration. Behandlung: Decoctum senegae, Eisbeutel auf den Kopf, Chinin.

2. Juni. Exitus letalis. Jauchige Massen in Utero.

5. Hecker, Barb. geb. Chaddetjan, aus Cöln. Dieselbe hatte vor drei Jahren zum zehnten und letzten Male geboren. Vor neun

Wochen überstand sie eine Pneumonie, und litt seitdem an reichlichem Auswurf mit häufigen Schüttelrösten. Seit 14 Tagen traten nun noch heftige Schmerzen in der Kreuzgegend hinzu.

12. November Aufnahme. Anamnese: Wegen grosser Schwerhörigkeit nicht aufzunehmen. Status praesens: Sehr hohe Temperatur, 41,2. Zunge trocken, icterische Gesichtsfarbe, linke Nates von einem enorm grossen Abscesse eingenommen.

15. November. Incision des Abscesses; es wird eine enorme Quantität Eiter entleert. Temperatur Abends 40,0; Knochen nicht entblösst. Seit der Aufnahme hat Patientin täglich einen Frostanfall gehabt. Am 19. November Exitus letalis.

ad III. 1. Knoch, Gertrud, geb. Fink, 34 Jahre alt, aus Uckerath. Patientin hatte vor 6 Jahren zum ersten und letzten Male geboren. Die Entbindung war eine sehr schwierige und langdauernde gewesen und schliesslich durch Wendung des Kindes auf die Füsse effectuirt worden. Seit jener Zeit leidet Patientin an Dysmenorrhoe und Fluor; die Untersuchung ergibt: polypöse Uteruslippen.

9. Januar werden die Uteruslippen trichterförmig excidirt, während die Basis des Trichters nach unten und die Spitze nach oben gelagert ist und schliesslich die äussere Wunde mit der inneren, d. h. die Wundränder der excidirten Uteruslippen mit der Schleimhaut des Cervical-Canals vernäht.

10. Januar. Patientin klagt Nachmittags über sehr heftige Rückenschmerzen, Temperatur 40,4.

12. Januar. Sehr hohe Temperatur 40,5. Zunge trocken, icterische Hautfarbe; die Nähte werden entfernt; Wundränder diphtheritisch belegt; fötider Ausfluss.

13. Januar. Temperatur Abends 41,0, Schüttelfrost.

15. Januar. Collapsus. Tod.

Section ergibt keine metastatische Abscesse; dagegen eine sehr grosse weiche, matschige Milz.

2. M, Peter, 64 Jahre alt, Lohndiener aus Cöln. Patient hatte in seiner Jugend eine Gonorrhoea; die Behandlung beschränkte sich auf innere Mittel. Vor sechs Jahren hatte M . . . wieder einen Tripper, welcher mit Einspritzung von Höllensteinlösung behandelt wurde. Seit vier Jahren bemerkte er dann häufiger Drang zum Harnen und zu gleicher Zeit wurde der Strahl immer dünner. Am 28. Mai erfolgte die Aufnahme in's Hospital; Patient muss jeden Augenblick uriniren. Nach einem Versuche, einen Catheter resp. ein feines Bougie einzuführen, stellt sich Nachmittags ein Schüttelfrost ein. Temperatur 40,5.

30. Mai. Es tritt sehr starker Harndrang auf, doch gelingt es, durch den maisonneuv ein feines Bougie einzuführen und wird daher die innere Urethrotomie gemacht. Nachmittags stellt sich abermals ein Schüttelfrost ein, weshalb der Catheter entfernt wird.

1. Juni. Die Temperatur ist einige Tage wieder normal; Behandlung: Leinsamenthee und Cataplasmen auf die Blasengegend.

6. Juni. Bei der Hochgradigkeit der Strictur und bei der jedesmaligen heftigen Reaction auf Bougiren, d. h. dem regelmässigen Auftreten von Schüttelfrösten wird die Boutonière vorgeschlagen nnd ausgeführt. Urin enthält Albumin, reagirt sauer; Abends Temperatur 40,3.

8. Juni. Temperatur fortdauerend sehr hoch; Schüttelfröste anhaltend.

15. Juni erfolgt unter diesen Erscheinungen der Tod.

Section: Wallnuss grosser Eiterheerd im linken untern Lungenlappen; in der rechten Lunge findet sich ebenfalls ein Eiterheerd; beide Nieren sehr gross und blass; im Nierenbecken reichliche Fettablagerungen; im rechten Ellenbogengelenk findet sich viel Eiter.

3. Bauer, Franz, 34 Jahre alt, aus Cöln, fiel am 9. Mai rittlings auf die scharfe Kante eines Brettes; es entstanden gewaltige Sugillationen am Damme und Patient konnte seit jener Zeit nicht mehr uriniren.

10. Mai. Blase stark ausgedehnt; ein schonender Versuch, den Catheter einzuführen, misslingt. Es wird daher die Boutonière gemacht; die Urethra findet sich ganz abgerissen. In's Crotum werden ebenfalls zwei Incisionen gemacht.

11. Mai. Das Harnlassen erfolgt ganz gut durch den liegen gebliebenen Catheter. Am Damme fliesst wenig Urin ab.

20. Mai. Wechsel des Catheters über einen Mandrin.

27. Mai. Patient hat Abends etwas Fieber; Temperatur 38,5. Da sich Eiter um den Catheter zeigt, wird derselbe entfernt.

28. Mai. Morgens Frigus, $^1/_4$ Stunde anhaltend. Temperatur 39,0. Abends abermals leichter Schüttelfrost, Temperatur 40,6.

29. Mai. Temperatur 37,2. Uriniren geht sehr gut von Statten.

2. Juni. Guter Verlauf; kein Fieber.

8. „ Schüttelfrost; Temperatur 40,0.

14. „ „ „ 41,1.

15. „ „ Schmerzen im Schultergelenk.

18. „ Tod.

Section wies Eiterheerde in der Prostata und den Nebenhoden nach und einen sehr grossen Abscess in der Leber.

Folgende 5 Fälle führe ich nur mit Namen an, indem selbige in den betreffenden Capitelen zur Sprache kommen werden.

4. Auer, Gertrud, pyaemischer Abscess post puerperium.

5. Schmitz, Frau, parametritis.

6. Baer, Franz, Zerreissung der urethra.

7. Hermanns, Peter, Joseph, Zerreissung der urethra.

8. Kunz, Frau, Kegelmantelförmiger Excision der Muttermundslippen.

ad IV. 1. Braun, Joseph, 54 Jahre alt, Gärtner aus Cöln. Patient hatte vor 16 Tagen gegen unsern Willen und obschon

ihm die Möglichkeit, einer Gefährdung seines Beines vorgehalten wurde, das Hospital mit einer Fistel am untern Ende der rechten Tibia, verlassen, durch welche eine Necrosis dieses Knochens nachzuweisen war. Am 21. April stellten sich nun Schmerzen ein, der ganze rechte Unterschenkel schwoll pflegmonös an. Am Malleolus externus befand sich ein grosser Abscess, welcher incidirt, viel Eiter und Fetzen von Fascien entleerte. Dabei fieberte Patient lebhaft und war sehr collabirt. Der ganze Zustand forderte dringend auf, operativ vorzugehen. Bei dem Alter und der gegenwärtigen Constitution des Kranken würde eine Amputation am Platze gewesen sein, die Patient indess entschieden verweigerte. Unter diesen Umständen mich doch noch der Hoffnung hingebend, es möchten nur einzelne necrotische Splitter zur Entfernung gelangen, entschloss ich mich zur Extraction der letzteren, aber bei der Operation ergab sich sofort, dass das ganze untere Ende der Tibia, Fibula und der Talus necrotisirt, aber noch nicht abgestossen waren. Ich machte daher nolens volens die Resection des ganzen Gelenkes, legte einen Lister'schen Verband und darüber einen Gipsverband an.

28. April. Wunde sieht sehr schmierig aus; Eiterung ist sehr profus.

29. April. Sehr profuse Eiterung, Frostanfall.

2. Mai. Wiederholung des Schüttelfrostes, rascher Collapsus.

3. Mai. Tod. Secction wird nicht gestattet.

Dieser Fall dürfte kaum als Instanz gegen den Lister'schen Verband in Verrechnung kommen, da im entzündlichen Stadium die Amputation höher oben indicirt ward und nun unter angeführten Umständen die Resection im entzündlichen Gewebe zur Ausführung kam. Auch zeigten sich schon vor der Operation sehr bedenkliche Symptome einer Blutvergiftung.

Ein ebenso verzweifelter Fall ist der Folgende, bei welchem man auch wohl von keiner Behandlungsmethode ein Resultat erwarten konnte, wo indess der Zustand des Patienten, der fast unzweifelhaft zum Tode führte, doch noch aufforderte, wenigstens einen, wenn auch wenig versprechenden Heilversuch zu unternehmen.

2. Möllmann, Joseph, 15 Jahre alt, aus Ascheberg. Vor 4 Jahren bemerkte Patient eine Abnahme der Kraft im rechten Beine. Nachher stellten sich Schmerzen im rechten Knie ein.

27. October 1874 erfolgt die Aufnahme mit der Diagnose: Rechtseitige Coxitis; passive Bewegung und Rotation sind ziemlich frei; die Gegend des Trochanter major ist besonders aufgetrieben. Behandlung: Extension mit Heftpflasterverband und Höherstellen des untern Betttheiles.

13. Februar 1875. Trotz rationeller Behandlung hat sich auf der Aussenfläche des Trochanter ein Abscess gebildet; derselbe wird punktirt mit einem Troikart unter dem Carbolsäurespray.

27. Februar. Der Eiter hat sich wieder angesammelt; es wird daher nochmals punktirt und am 7. März zum drittenmale.

13. März. Da der Abscess statt kleiner immer grösser wird, wird eine Incision gemacht und es präsentirt sich dabei der rauhe Trochanter. Da die passiven Bewegungen in der Hüfte sehr frei waren, so wurde ich in meiner Diagnose schwankend und hielt das Ganze für eine caries necrotica des Trochanter, zumal es mir nicht möglich war, an irgend einer Stelle zum Gelenke zu gelangen. Ich löffelte daher den Trochanter aus und führte die Behandlung nach Lister weiter.

15. März. Patient hat Scarlatina und wird daher auf die innere Station verlegt.

26. März. Patient fiebert noch stark, leidet zugleich an Decubitus; Abends stellt sich ein leichter Schüttelfrost ein.

27. März. Normale Temperatur; die Abschuppung geht gut von Statten.

3. April. Die Eiterung ist sehr stark, Patient hüstelt, doch ist durch die physicalische Untersuchung nichts Besonderes nachzuweisen.

19. April. Patient ist sehr abgemagert; Temperatur Abends stets sehr hoch, Eiterung sehr stark, die jetzt zweifellose Mitbetheiligung des Hüftgelenkes, sowie die dadurch bedingte starke Eiterung bestimmen mich, wie wohl sehr wenig Aussicht auf einen glücklichen Erfolg vorhanden ist, die Resection als die einzige Hoffnung, die das Leben noch erhalten könnte, zu unternehmen. Cariöser Kopf und Trochanter werden entfernt, cariöse Pfanne abgekratzt.

20. April. Eiterung sehr stark, Allgemeinbefinden besser, Fieber, gleich Null.

22. April. Frigus, Temperatur 40.

24. „ „ , Nachmittags abermals Frostanfall.

27. „ Delirien.

28. „ Tod.

Section weist einen metastatischen Abscess in der Muskulatur der Brust nach.

Auch dieser Fall kann der Methode nicht zur Last fallen, denn es bestanden vor der Operation schon Zeichen von Infection und ausserdem war Patient schon sehr herabgekommen.

3. Paffrath, Wilhelm, 17 Jahre alt, aus Poll, wird am 13. Februar 1875 aufgenommen mit einer, durch bedeutende Zerreissung der Weichtheile complicirten Fractur beider Unterschenkel, Fractur des Oberschenkels, Doppelfractur des rechten Vorderarms, von der die Bruchstelle in der Nähe des Handgelenkes abermals complicirt war; ut aliquid fiat wird Patient nach Lister behandelt; es entwickelt sich aber bald Gangraen des linken Unterschenkels, daher Amputatio femoris.

28. Februar. Der bisheran überaus günstige Verlauf nimmt plötzlich eine schlimme Wendung. Es tritt ein Schüttelfrost ein, der sich öfter wiederholt, und am 2. März erfolgt der Tod.

Auch dieser Fall ist für den Werth oder Unwerth der Verbandmethode nicht beweisend; denn wenn auch schliesslich Pyaemie sich entwickelte, so war die Verletzung eine so ausgedehnte und vielfache, dass am Ende eine Doppelamputation der Oberschenkel hätte gemacht werden müssen, um eine complicirte Fraktur des rechten Vorderarms übrig zu behalten, die, wäre sie allein vorhanden gewesen und günstig verlaufen, den behandelnden Chirurgen unzweifelhaft für die befolgte Behandlungsmethode eingenommen hätte.

Der 4. Fall schliesst sich dann diesem insoferne an, als ebenfalls eine kolossale Zerreissung der Weichtheile der Muskulatur der Achselgegend mit Luxatio humeri in der Achselhöhle und Fraktura claviculae sich vorfand.

Schmitz, Joh., 33 Jahre alt, Maschienenwärter, wurde am 30. Januar 1875 mit obiger Verletzung aufgenommen. Da die Krankengeschichte dieses Patienten nicht genau geführt ist, so werde ich nur die Hauptmomente des Verlaufes fragmentarisch aus dem Gedächtnisse mittheilen.

Nach Reposition des Kopfes wurde der Lister'sche Verband angelegt, es entwickelte sich aber bald Pyaemie und schon am

7. Februar erfolgte der Tod. — Unter ähnlichen Umständen würde ich in Zukunft, obgleich die Bedeckung der Achselhöhle in Folge der ausgedehnten Zerreissung der Weichtheile unmöglich wäre, die Exarticulation vornehmen, überzeugt, durch diese Operation die Aussicht auf Heilung zu vermehren.

Der 5. Fall darf ebenfalls nicht auf Rechnung der Behandlungsmethode geschoben werden, da erst 6 Monate nach Unterbrechung der Lister'schen Behandlung sich die ersten Symptome der Pyaemie einstellten. Es handelte sich um einen Patienten:

Scheibel, Heinrich, der am 18. Januar 1875 mit einer Anschwellung des rechten Hodens aufgenommen, und bei welchem am

29. Januar die Castration des sarkomatösen Hodens vorgenommen wird. Es erfolgt eine rasche Heilung bis auf eine kleine Fistel, welche am 9 Mai durch Abtragung der infiltrirten Ränder zu schliessen versucht wird; die Wunde wird von da an offen weiter behandelt.

Am 12. Juni ist dieselbe auch bis auf die Grösse eines Nadelkopfes verheilt.

3. September besteht nur noch eine haarfeine Fistel, die von Zeit zu Zeit ein Tröpfchen Eiter entleert.

14. September klagt Patient über Schmerzen im andern Hoden; es zeigt sich eine Anschwellung des Nebenhodens. Behandlung: Breiumschläge.

16. September. Die Anschwellung geht nicht zurück, es klagt Patient über einen eigenthümlichen Druck im Damme. Behandlung: Frike'scher Verband.

28. September. An einer Stelle zeigt sich Fluctuation. Breiumschläge.

1. October. Die betreffende Stelle wird punktirt und Serum abgelassen. Diese Ansammlung befand sich um den Hoden; im Nebenhoden war eine Eitersammlung, welche incidirt wurde.

5. October. Patient klagt über Schmerzen und Druck im Damme und Mastdarme und kann nicht uriniren. Application des Catheters und Breiumschläge.

14. October. Die Anschwellung im Nebenhoden ist grösser. Incision. Abends Frostanfall. Temperatur 39,0.

15. October. Morgens, Temperatur 36,2. Abends plötzlich 39,7, starke Dysplnoe, Nachts Tod.

Section: In der Arteria pulmonalis findet sich ein ziemlich dunkel gefärbtes Blutgerinnsel. Milz weich, (zerfliesend), matschig und gross. In den Lungenspitzen käsige Heerde; Leber gesund. Prostata vergrössert, auf Druck Eiter entleerend. Rechter Hoden enthält kleine Eiterheerde, um Blase herum im Bindegewebe des Blasengrundes einzelne Eiterstreifen.

Der 6. Fall ist ganz genau nach Lister behandelt worden, von Anfang bis zu Ende. Es entwickelte sich trotzdem Pyaemie. Dieser Fall muss auf Rechnung der Methode gesetzt werden.

Hamacher, Peter, 18 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, wurde aufgenommen am 9. März 1875. Er war zwischen zwei Kammräder gerathen, die Maschine wurde noch glücklich zum Stillstand gebracht, Patient dem Hospitale überwiesen. Es besteht eine sehr grosse zerfetzte Hautwunde, welcht das Ellenbogengelenk fast ganz umgibt und nur nach vorne eine $2^1/_2$ Zoll breite, unversehrte Hautbrücke bestehen lässt. Der Puls in der Arteria radialis ist gut, Sensibilität erhalten, jedoch das Gelenk nach hinten geöffnet. Behandlung: Ausspritzung mit Carbolsäurelösung 1:6. Lagerung des Armes auf einer Schiene. Da aber Abends schon der Verband durchtränkt ist, wird derselbe entfernt.

18. März. Verlauf sehr günsttig, Wunde sieht ausgezeichnet aus.

20. März. Wunde ist etwas diphtheritisch. Aetzung mit Chlorzink.

23. März. Schon seit dem 20. März besteht hohes Fieber. Heute Frigus, Wunde schmutzig belegt.

24. März. Neuer Frostanfall.

29. März. Exarticulation wegen Pyaemie. (Section des Armes ergibt: Eiterige Gelenkentzündung, Gelenkknorpel zum grossen Theile necrotisch. Die Venen in der Nähe des Gelenkes, sind bis in die Mitte des Oberarmes mit Eiter umgeben.)

Die Schüttelfröste setzen sich fort, in der rechten Brusthälfte ist Pleuritis nachzuweisen, Fieber sehr hoch.

4. Mai. Tod.

Folgende 3 Fälle führe ich nur mit Namen an und verweise auf die betreffenden Kapitel, wo sie zur Sprache kommen.

7. Runkel, Peter, Sarcoma parotidis, Exstirpatio, Tod durch Pyaemie.

8. Lükerath, Exstirpatio von Lymphomen am Halse.

9. Lützenkirchen, Hermann, fract. complic. cruris, secundaere gangraen, Amputatio femoris bei bestehender Pyaemie.

Fall 7 und 8 können der Lister'schen Behandlungsmethode nicht so sehr zum Vorwurfe gemacht werden, indem bei der Nachbehandlung aller Operationen am Halse ein Desiderium der Lister'schen Behandlungsmethode, nämlich der luftdichte Abschluss, nicht zu erzielen ist; durch die Bewegungen des Kopfes hebt sich der Verband besonders an der Uebergangsstelle des Halses zum Kopfe ab und es hat die Luft unterhalb des Verbandes offene Wege zur Operationsstelle.

ad V. In Fall 1 ist die Behandlung nicht strenge nach Thiersch durchgeführt. Es betrifft dieser Fall eine Resectio gen. sin. Nach der Operation wurde an der hintern Seite des Beines und dasselbe zu beiden Seiten umfassend, eine bis über das Gesäss hinaufreichende, gut gepolsterte hölzerne Schiene angelegt, die mit zwei concaven Ausschnitten für die Kniegegend versehen war. Darauf wurde ein, das linke Bein, sowie das Becken ganz und den rechten Oberschenkel nur zum Theil umfassender Gipsverband angelegt; es wurde nun versucht, um das Knie den Thiersch'schen Verband zu legen. Schon beim ersten Mal war dies sehr schwierig, indem man nicht rings um das Gelenk kommen und ausserdem nach oben und unten keinen ordentlichen Abschluss gegen den Gipsverband gewinnen konnte. Es zeigte sich unmöglich, den Verband so zu legen, dass der Luft der Zutritt zur Wunde versperrt worden wäre. Da nun auch noch Eiter zwischen Gipsverband und Bein eindrang, war es bei den sorgfältigsten Versuchen nicht mehr möglich, eine ordentliche Reinigung der Umgebung der Wunde zu erzielen, ohne das Bein durch Bewegungen zu stark zu insultiren. Ich folgte demnach den Vorschriften von Thiersch so viel als möglich, indem ich die

Bewegungen des Beines doch mehr fürchtete, als Fehler gegen die Antisepsis. Dies war auch der Grund, wesshalb ich mich nicht zur Abnahme des Verbandes entschliessen mochte, die ich in den ersten Tagen wohl wiederholt in Erwägung gezogen hatte. In Zukunft würde ich ein solches Bein jedenfalls auf eine Volkmann'sche Schiene legen und die Berieselung einleiten. Der Fall war nun folgender:

Lüttgen, Anna, 31 Jahre alt, Magd aus Gierbelsrath, wurde aufgenommen mit Fingergelenkentzündung am

29. December 1874. Vor 6 Jahren fiel Patientin auf's Knie und litt seit jener Zeit an dem verletzten Theile. Zuvörderst war sie 9 Monate im Dürener Hospital; darauf 18 Monate im Hospital zu Bochum; dann kehrte sie wieder in's Dürener zurück und verblieb daselbst 4 Monate. Im hiesigen Hospital war dieselbe auch schon Gegenstand einer mehrmonatlichen Behandlung gewesen, so dass sie von den 6 Jahren ihres Leidens 3 beständig in Hospitälern zugebracht hatte.

29. December. Das dick aufgetriebene Knie steht in Flexion, Druck auf das Gelenk, besonders auf die Epiphysen des Oberschenkels ist sehr schmerzhaft. In dem Gelenk ist kein Erguss nachzuweisen. Behandlung: Gipsverband, Bepinselung mit Jodtinctur, Extension. Trotz dieser Behandlung steigerte sich der Schmerz immer mehr. Carbolsäureinjectionen versagen auch ihren Dienst.

24. Juli 1875. Resectio genu. Schräge Absägung der Condylen, Vereinigung der Knochenflächen durch Catgut, Vernähung des Lappens, Anlegung der Schiene und des Gipsverbandes in oben beschriebener Weise. Patientin war nach der Operation ausserordentlich collabirt, so dass Stimulantin, Cognac und dergleichen, gegeben werden mussten.

1. August. Temperatur, die gleich Anfangs schon hoch war, erreichte allabendlich nahe 40.

Am 3. August musste die obere Hälfte der Schiene entfernt werden, weil sich auf dem Kreuzbeine Gangraen in Folge des Druckes zu entwickeln begann.

10. August. Temperatur Abends stets über 40,0. Es treten Schüttelfröste ein, Patientin collabirt sehr.

16. August. Exitus letalis.

2. Terr, Peter, 31 Jahre alt, Tagelöhner, ward am 17. August 1875 aufgenommen mit einer complicirten Unterschenkelfractur; das obere Ende der Tibia ragte weit aus der Wunde hervor, Haut und Muskulatur an der vordern Seite des Unterschenkels waren zerfetzt und zerrissen, Knochen zersplittert. Diese Verletzung betraf die linke Extremität. An der rechten befand sich eine complicirte Fractur des Fusses; an der Innenseite desselben hingen aus mehrere Zoll langen Wunden zerrissene

Muskelfetzen und Sehnenscheiden hervor. Fusswurzelknochen waren zertrümmert. Beide Verletzungen waren so ausgedehnt, dass die Conservirung einer einzigen solchen Extremität als ein glänzendes, höchst erfreuliches Resultat hätte betrachtet werden müssen. Empfiehlt ja Schede bei solchen Fussverletzungen stets die Amputation (vide über partielle Fuss-Amputationen Seite 469). Er resümirt sich dahin, dass man an der Hand conservativ abwarten, am Fusse stets früh operiren solle und zwar aus zwei Gründen, die an betreffender Stelle verglichen werden können. Zu einer Doppel-Amputation konnte ich mich nicht gut entschliessen, da es sich in diesem Falle um eine Unterschenkel- und Oberschenkel-Amputation gehandelt hätte, weil die Zerreissung der Wade an der einen Seite sehr hoch hinauf ging. Eine solche Doppel-Amputation gibt bekanntlich eine sehr schlechte Prognose, wiewohl bei den Fortschritten der antiseptischen Behandlungsweise auch diese Fälle in Zukunft ganz gewiss häufiger mit günstigem Ausgange zur Beobachtung kommen werden. Wenngleich nun obiger Fall ganz gewiss Indication für eine Doppel-Amputation enthielt, so würde ich in Zukunft einem ähnlichen gegenüber, gerade durch die hier gewonnenen Erfahrungen kühn gemacht, denselben conservativen Weg der Behandlung einschlagen. Ich würde dann aber die Volkmann'sche Schiene, welche mit dem Seite 23 gezeichneten Apparate zur Auffangung der Salicylsäure-Lösung in Verbindung gebracht werden muss, für den Fall, dass die Berieselung gemacht wird, in Anwendung ziehen. Ich bin überzeugt, dass es dann möglich sein dürfte, die Doppel-Amputation zu umgehen und doch das Leben zu erhalten. Augenblicklich habe ich eine sehr schwere complicirte Fractur des Unterschenkels auf meiner Station, die unter Behandlung mit der Volkmann'schen Schiene ein günstiges Resultat der Heilung verspricht.*) Das Bein hätte nach hergebrachter Indication unbedingt amputirt werden müssen, wozu es auch von vielen Seiten schon verurtheilt war. In dem vorliegenden Falle hatten wir nun eine tiefe, im Knie gebeugte Rinne in Anwendung gezogen, welche an ihrem untern Ende in ein Gefäss mündete zur Aufnahme der abfliessenden Salicylsäure.

*) **Patient ist seitdem geheilt entlassen.**

Meine Absicht war, die bei der offenen Behandlung regelmässig eintretende Benetzung der Umgebung auf diese Weise zu verhindern. Indessen durch die grosse Tiefe der Rinne, welche zur Ableitung der Flüssigkeit nöthig war, wurden doch wesentliche Vortheile der Volkmann'schen Rinne, die gerade in ihrer flachen Beschaffenheit und geringen Breite liegen, aufgeopfert, so dass ich diesem Umstande den schlechten Ausgang dieses Falles zuschreiben möchte. Die Volkmann'sche Rinne adaptirt sich auf das Genaueste dem Beine, so dass dasselbe fixirt und unbeweglich ist. Und da dieselbe noch ausserdem eine Fussplatte besitzt, so wird zugleich eine fortwährende Extension des untern Endes des fracturirten Knochens bewerkstelligt. Bei unserm Arrangement war das Bein sehr wenig und der Fuss gar nicht festgestellt. Die unvermeidlichen Folgen zeigten sich bald. Das untere Fragment durchbohrte im Verlauf der Heilung durch die Contraction der Muskel des Unterschenkels die Waden nach hinten; bei allen Bewegungen des Patienten wurden die Fragmente in den Weichtheilen fortwährend verschoben. Die erste Bedingung einer glücklichen Heilung in solchen Fällen, die Immobilisirung des verletzten Theiles, war also aufgegeben, und dazu kam nun noch, dass der obere Rand der Schiene an der hintern Seite des Oberschenkels einen Decubitus hervorrief. Auch auf dem Kreuzbeine entstand ein grosser Decubitus, welcher nicht antiseptisch behandelt wurde. Es waren also allenthalben offene Wege vorhanden, durch welche eine septische Infection stattfinden konnte.

Terr wurde am 20. September aufgenommen und beide Extremitäten in der beschriebenen offenen Weise behandelt. Der Verlauf war Anfangs ein äusserst günstiger bis zum 11. October. Der linke Fuss ist fast verheilt und wird schon trocken verbunden; entlang der rechten Tibia besteht ein grosser Abscess, das Periost ist in grosser Ausdehnung abgehoben; es wird eine Incision gemacht und Drainageröhrchen eingelegt.

11. October. Hohes Fieber, leichte Delirien, leichtes Frösteln. Beim Umlegen des Patienten bemerkt man, dass das untere Fragment die Waden nach hinten durchbohrt hat. Wiewohl eine Infection des Blutes schon anzunehmen war, wird die Amputatio femoris gemacht, um möglicherweise den Process noch zu coupiren. Der Amputationsstumpf heilt sehr gut, indess pyaemische Symptome prägen sich immer mehr aus; es treten unter sehr heftigem Fieber, Frostanfälle auf und am

28. November, erfolgt der Tod.

Section ergab mehrere, keilförmige Abscesse im untern Lappen jeder Lunge und einen Abscess in der Milz.

3. Lamberti, Jos., 26 Jahre alt, Dachdecker, aus Boppard. Patient fiel 25 Fuss herab, hatte in Folge dessen eine zwei Zoll lange Wunde auf der Stirne, eine Zerreissung der Oberlippe und eine Fractura radii dextri. Die Kopfwunde war eine Lappenwunde und blutete stark. Um das blutende Gefäss zu finden, musste der untere Lappen gespalten werden. Die Aufnahme war erfolgt am 9. October; vom 12. October an musste Patient täglich verbunden werden, da die Eiterung eine ziemlich starke war und man eine Retention des Eiters hätte befürchten können.

Leider musste nun bis vor Kurzem am hiesigen Hospitale die Obduction von dem Assistenzarzte der Station vorgenommen werden und machte der betreffende Stationsarzt sich am 17. October, als beim Patienten plötzlich hohe Temperatur und ein Erysipel auftrat, selber Vorwürfe, dass er denselben direct nach einer solchen Section hatte verbinden müssen. Er erinnerte selber, dass das Fieber vielleicht mit diesem Umstande in Verbindung zu bringen sei, obschon er nach der Section sich sorgfältigst desinficirt habe. Ich bin nun weit entfernt, den unglücklichen Ausgang dieses Falles diesem Umstande beizumessen; indess halte ich es ebenso sehr für meine Pflicht, bei jeder Gelegenheit auf das Unstatthafte aufmerksam zu machen, dass einem ordinirenden Arzte einer chirurgischen Station gleichzeitig die Sorge für die Section auferlegt wird. Die Reinigung der Hände nach einer Section mag eine noch so peinliche sein, so halte ich trotz alledem die Berührung einer Wunde resp. deren Verbandstoffe für hinreichend, eine Infection hervorzurufen, und mögen es wohl wenige Chirurgen geben, denen aus eigener Erfahrung nicht manche schlagende Beispiele für solch' directe Uebertragung vorschweben. Ich erinnere mich aus dem Beginne meiner chirurgischen Thätigkeit eines solchen Falles, wo ich auf dem Heimwege aus der Anatomie wegen einer eingetretenen Blutung zu einem Amputirten gerufen wurde, die Blutung stillte, nachdem ich zuvor meine Hände, die ich schon vor dem Weggange aus der Anatomie mehrere Male gewaschen und desinficirt hatte, nochmals sorgfältig einer Desinfection mit der damals gebräuchlichen Kali hypermanganicum-Lösung unterworfen. Dieser Fall war nach einer langen Zeit, während welcher die Pyaemie auf der Station nicht zur Beachtung gelangt war, wieder der erste Pyaemie-Fall.

Ich freue mich demnach anerkennen zu können, dass auch in dieser Beziehung meinen Wünschen seitens der Armenverwal-

tung Rechnung getragen und eine dritte Assistenzarztstelle creirt worden ist, wodurch mir Gelegenheit geboten ist den Arzt, welcher die Sectionen zu machen hat, von Schwer-Operirten wenigstens zum Theil fern zu halten.

Kehre ich nach dieser Digression zum Patienten zurück, so muss ich recapituliren, dass ich am 12. October eine Eitertasche entdeckte, welche ich spaltete.

25. October erster Schüttelfrost, welcher sich oft und rasch wiederholt; kalte Bäder, Chinin, Roborantien.

3. November. Schüttelfrost, Lungenentzündung hinten rechts nachzuweisen.

19. November. Patient hat über den ganzen Körper Hydrops.

3. December. Tod.

Section: Purulentes Oedem beider Arme; im rechten und linken Schultergelenke befindet sich viel Eiter, ebenfalls im rechten und linken Ellenbogengelenke. In den Lungen mehrere Abscesse; desgleichen in der Milz.

ad VI. Tödtlicher Ausgang eines Falles, der antiseptisch mit Benzoë behandelt wurde.

Dieser Fall betrifft einen Kranken, welcher schon seit Jahren an einer eiterigen Hüftgelenkentzündung litt. Da nur Kopf und Pfanne cariös zerfallen waren, sägte ich einfach das Collum femoris ab; ich konnte mich nicht entschliessen, obgleich mir der entschiedene Ausspruch von Volkmann in dieser Beziehung wohl vorschwebte, den gesunden Trochanter mit zu entfernen; ich hoffte gerade durch seine Erhaltung ein noch schöneres Resultat zu erreichen. Ich wich also von dem bisher verfolgten Verfahren ab, den Trochanter mit zu entfernen, ein Verfahren, das ich bis jetzt bei meinen eigenen Hüftgelenk-Resectionen um so weniger zu verletzen in der Lage war, als der Knochenprocess sich stets weiter nach unten erstreckte. Leider hat die Abweichung in diesem Falle sich bitter gerächt. Das Bein liess sich lange nicht so gut extendiren, der Trochanter drängte sich stets in die Wunde hinein, zerrte und reizte dieselbe beim jedesmaligen Verbinden. Der vorliegende Fall betraf dazu noch ein Kind, das stets sehr unruhig war; die geringste Bewegung des Beines rief ein gewaltiges Auf- und Absteigen des Trochanter hervor und eine derartige Insultation der Wunde, die einem selbst hätte Schmerzen verursachen können. Da alle Hüftgelenk-Resectionen in schon

bereits eiterig durchsetzten Geweben stattfinden, so tritt auch nach der Resection stets eine stärkere Eiterung ein und trotz Anwendung der Methode von Thiersch wird ein häufigeres Verbinden nöthig, zumal die offene Berieselung der trockenen Methode nicht substituirt werden kann, die man sonst wohl der grösseren Eiterung wegen im Hinblick auf die Eiterretention vorziehen möchte. Der Verband muss also täglich gewechselt werden und täglich wiederholt sich diese unangenehme Reizung und Verletzung der Wunde. Es fehlt die erste Bedingung der Wundbehandlung, die Ruhe. Es zeigte sich aber auch, dass die Anwesenheit des Trochanter trotz Drainage die Retention des Eiters merklich begünstigte. Ein Versuch das Versäumte nachzuholen, war im Grunde genommen rationell nicht möglich, da die Operation in frisch entzündetem Gewebe mit grosser Gefährdung des Lebens des Patienten hätte stattfinden müssen; derselben kam der wirkliche Eintritt der Blutinfection auch schon zuvor. Der Verlauf war nun folgender:

Heller, Jacob, welcher an Hüftgelenkentzündung litt, verliess am 4. Juli 1875 bedeutend gebessert das Hospital, nachdem er 1½ Jahr darin zugebracht hatte, kehrte dann am 7. November wieder zurück mit einem Abscesse in der Leiste und grosser Schmerzhaftigkeit bei Bewegung des Beines.

9. November wird bie Resection vorgenommen. Kopf ist ganz cariös; derselbe wird an seinem Ansatzpunkte am Trochanter abgesägt; die Pfanne ebenfalls cariös wird abgekratzt, darauf Benzoëverband angelegt.

18. November. Starke Eiterung. Wegen hohen Fiebers muss der Verband täglich gewechselt werden, bereits tritt ein Schüttelfrost ein.

3. December. Abendliche Temperatur ist stets hoch; die unerträglichen Bewegungen des Trochanter bei jedem Verbandwechsel fordern mich schliesslich auf noch einen Versuch der Rettung zu machen und den vom Periost entblössten Trochanter abzusägen.

10. December. Der Verlauf aber bleibt dauernd ein schlechter; Patient collabirt immer mehr und stirbt.

Section: Beide Lungen enthalten in ihrem untern Lappen mehrere hämorrhagische, keilförmige Heerde; Leber ebenfalls.

Blicken wir auf die hier im Zusammenhange mitgetheilten Fälle von Pyaemie zurück, so sehen wir, dass die Pyaemie leider noch nicht aus dem hiesigen Hospitale verschwunden ist. Indess

im Vergleich mit den Resultaten beim Beginn meiner Thätigkeit hierselbst, wo es eine Seltenheit war, dass ein schwer Operirter oder Verletzter mit dem Leben davon kam, ist der Wechsel in den Erfolgen nach Einführung der Methode nach Lister resp. Thiersch ganz frappant.

Wir haben weiter gesehen, wie die Zahl der Pyaemie-Fälle, der nach Lister Behandelten neun beträgt, während die Summe bei den nach Thiersch Behandelten nur auf drei steigt; hierbei gebe ich noch zu bedenken, dass eine ganz bedeutende Anzahl von Operirten und Verletzten dieser Behandlung unterworfen wurden. Dennoch dürfte ich nicht den Schluss ziehen, dass aus diesem Grunde Thiersch's Methode die bessere sei; denn Listers Methode habe ich nur einige Monate geübt, und ich trat an sie heran mit einem weit geringeren Vertrauen anf ihre Wirksamkeit, was in den damals noch widersprechenden Urtheilen über ihren Werth seinen Grund hatte, Alles Momente, die auf die sorgfältige Anwendung einer Methode von Einfluss sind. Wie viele Vorschriften gibt es nicht auf diesem Gebiete, die einem Anfangs als übertrieben ängstlich, als pedantisch vorkommen, von deren Wichtigkeit uns erst die Zeit überzeugen muss. Wie viele Neigung ist nicht im Anfange bei der Uebernahme einer neuen Methode vorhanden, in manchen Stücken von den Vorschriften derselben abzuweichen und auch einmal seinen eigenen Weg einzuschlagen. Hat man erst mit diesen Abirrungen einen Kreis von Versuchen durchlaufen, und wird auf den Anfang mit der Ueberzeugung zurückgeführt, dass es mit dem Werthe der Methode und mit der Nothwendigkeit all ihrer einzelnen Vorschriften in allen Stücken seine volle Richtigkeit habe, so mag man dann oft in den umgekehrten Fehler verfallen, die einzelnen Misserfolge weniger der Methode, als den Verstössen gegen dieselbe zur Last zu legen. Wir erwähnen das Alles, um nochmals darauf hinzuweisen, wie bei dem definitiven Urtheile über den Werth einer Methode eine Menge von Umständen in Betracht gezogen werden müssen und ganz gewiss in erster Reihe auch die persönlichen Neigungen des Chirurgen. Geht er in dem Bestreben nach Conservirung zu weit, so wird er dann ganz gewiss eine grössere Zahl von Verletzungen verlieren wie der weniger conservative Chirurge. Aber auch bei der Berechnung der

günstigen und ungünstigen Amputationsfälle kommt dieses Moment von Neuem in Betracht, weil nun bei einer ungünstigen Wendung des Falles unter weit ungünstigern Verhältnissen zur Amputation geschritten wird. Alle diese subjectiven Momente müssten mit in Anschlag gebracht werden, wenn das Material eines Hospitals streng und exact für die Statistik zur Verwerthung kommen sollte. Es bleibt schliesslich immer eine Mannigfaltigkeit von Möglichkeiten im Rückstande, die erst wieder durch Vergleichung verschiedener Berichte, durch Zusammenstellung einer gehäuften Anzahl von Fällen, durch Ueberarbeitung von zweiter und dritter Hand eliminirt werden können.

Delirium tremens.

Der Säuferwahnsinn kommt hierselbst oft zur Beobachtung. Es sind 14 Fälle zu verzeichnen, die sich vertheilen auf die verschiedenen Lebensalter wie folgt:

2	Mal	im	25.	Jahre.
1	„	„	30.	„
1	„	„	34.	„
1	„	„	36.	„
3	„	„	43.	„
1	„	„	47.	„
1	„	„	51.	„
1	„	„	52.	„
1	„	„	53.	„
1	„	„	56.	„
1	„	„	65.	„

Nach der Ursache resp. der Veranlassung:

1	Mal	complicirte Unterschenkelfractur.
1	„	Zerreissung der Hand.
1	„	Handwunde.
1	„	Beinbruch.
1	„	Eröffnung des Ellenbogengelenks.
1	„	Stirnwunde.
1	„	Psoriasis.
1	„	Wunde der Oberlippe.

1 „ Unterschenkelrose.
1 „ Septische Phlegmone des Armes.
1 „ Fractur des Condylen des femur.
2 „ Oberschenkelbruch.
1 „ Kopfwunde.

Zwei dieser Fälle endigten tödtlich durch das Delirium selbst, es waren die Fälle mit Eröffnung des Ellenbogengelenks; mit complicirter Unterschenkelfractur; und einer durch Sepsis.

Der Beginn des Anfalles ist von 10 Fällen verzeichnet und zwar fällt derselbe 4 Mal auf den 2. Tag, 3 Mal auf den 3., 2 Mal auf den 6., 1 Mal auf den 7.

Einmal fand die Aufnahme statt wegen zufälliger Complication mit Psoriasis.

Von den 3 tödtlich verlaufenen Fällen trat der Tod ein 1 Mal am 4., 1 Mal am 5., 1 Mal am 6. Tage.

Die Dauer der Krankheit stellte sich

4 Mal auf 3 Tage,
1 „ „ 2 „
1 „ „ 4 „
1 „ „ 5 „

Die Behandlung bestand bei den ersten Fällen in der Darreichung von Chloralhydrat. Da jedoch ein Fall zur Beobachtung kam, welcher zum Tode führte ganz unter den Erscheinungen einer Chloroform-Asphyxie, so wurde später wieder zum Opium zurückgegriffen, dessen Wirkung mir überhaupt sicherer erschienen ist, wie diejenige des Chloralhydrat. Es mag dieses mit der Verschiedenheit des Praeparates in Zusammenhang stehen. Es ist auch hier üblich, wie allerwärts, bei Fracturen dem Trinker zur Verhinderung des Deliriums Branntwein zu reichen.

Die Fälle, sind der Zeit ihres Auftretens nach aufgeführt, folgende:

1. Holderbach, Pet. Jos., 43 Jahre alt, aufgenommen am 23. Juni 1875 mit Eröffnung des Ellenbogengelenks. Patient delirirte schon am 2. Tage nach der Verletzung, erhielt innerhalb 18 Stunden 6 Gr. Chloralhydrat und eine Morphium-Injection und starb darauf unter den Erscheinungen der Asphyxie. Sectionsbefund gab über die Todesursache keine näheren Aufschlüsse.

2. Schramm, Ant., 25 Jahre alt, Brauer aus Düsseldorf, aufgenommen am 26. Januar 1875. Characteristische Zeichen des Deliriums

am 3. Tage. Patient schleuderte den Unterschenkel herum wie ein gesundes Glied ohne den mindesten Schmerz zu äussern.

Am 3. Februar Tod.

3. Montanelli, Carl, 52 Jahre alt, wurde am 18. August 1875 mit septischer Phlegmone des Armes in Folge einer Verwundung der Bursa olecrani aufgenommen. (Der Fall ist bereits unter dem Kapitel „septische Phlegmone" beschrieben.)

24. August. Delirium.

29. August. Tod.

4. König, Wilh., 65 Jahre alt, Nachtwächter, aufgenommen am 5. December 1875 mit fractura femoris.

Dieser Fall bietet insoweit einiges Interesse, als die Fractur oberhalb des Kniegelenkes lag und das obere Fracturende stark gegen die vordere Oberschenkelfläche hindrängte. Die Extension ist in diesen Fällen von Brüchen direct oberhalb des Kniegelenkes sehr schwer auszuführen, indem man am untern Fragmentstücke keinen Fixationspunkt für die Extension gewinnt. Die am Unterschenkel angebrachte Extension wirkt fast nur dilatirend auf das Kniegelenk; daher ist hier oft das Resultat eine Pseudarthrose. Bei unserm Patienten war dies auch der Fall und musste nachträglich die Resection eines $1^1/_2$ Zoll langen Stückes des obern Fragmentendes, welches die Haut leicht durchbohrt hatte, gemacht werden. Patient überstand den operativen Eingriff trotz seines Alters sehr gut und wird das Resultat mit Bestimmtheit ein günstiges sein.

Behandlung: Extensionsverband mit Heftpflasterstreifen um die Bruchstelle.

7. December treten Delirien ein.

13. December ist Patient wieder ruhig.

5. Tatermann, Barth., 25 Jahre alt, aus Cöln, Zimmermann; aufgenommen am 28. Juli mit Zerreissung der Hand.

30. Juli traten Delirien ein.

Behandlung: Opium.

2. August ist das Delirium geheilt.

9. Januar geheilt entlassen.

6. Küpper, Heinr., 23 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, aufgenommen mit fractura condyli externi femoris am 2. Juni 1875.

Bei der Aufnahme stand das Bein in sehr starker Valgusstellung.

3. Juni. Delirium.

6. Juni. Delirium verschwunden.

11. December geheilt entlassen.

7. Reiner, Joseph, 43 Jahre alt, Dienstmann aus Cöln, aufgenommen am 15. September mit Psoriasis und Delirium. Im Delirium zog Patient sich eine fractura femoris zu.

18. September vom Delirium geheilt.

4. December geheilt entlassen.

8. Kübbler, Pet., 34 Jahre alt, Tapezierer aus Cöln, aufgenommen am 15. Juni 1875 mit infractio tibiae.

18. Juni. Delirium.

21. Juni. Ruhe.

22. Juli. Geheilt entlassen.

9. Huchel, Johann, 30 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln. aufgenommen am 5. December 1875 mit dilaceratio manus.

7. December. Delirium.

Behandlung: Opium.

10. December. Patient ist ruhig, indess noch in Behandlung.

10. Nobis, Johann, 56 Jahre alt, Tagelöhner aus Düsseldorf, aufgenommen am 7. Juni 1875 mit fractura femoris.

10. Juni. Delirium.

Behandlung: Chloralhydrat.

12. Juni. Ruhe.

11. Knipp, Carl, 36 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen am 4. Januar 1876 mit Kopfwunde.

12. Filz, Franz, 43 Jahre alt, aufgenommen am 5. März 1875 mit Stirnwunde.

13. Cramer, Heinr., 51 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen am 5. Juli 1875 mit Unterschenkelrose.

14. Wittmann, Franz, 47 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen mit Wunde an der Oberlippe am 13. September 1875.

Specieller Theil.

Krankheiten des Kopfes.

Summe der Fälle: 149. Männer 91, Weiber 58.
Verletzungen 59. Männer 52, Weiber 7.

Offene Wunden kamen 45 Mal zur Beobachtung und zwar 7 Mal bei Frauen und 38 Mal bei Männern.

Die Behandlung der Kopfwunden bestand darin, dass zuerst die Umgebung der Wunde in einer Ausdehnung von 1 bis $1^1/_2$ Zoll abrasirt wurde. Darauf wurde die Wunde selbst mit Salicylsäurelösung abgespritzt und unter dem Spray einige Stütznähte angelegt. Niemals wird prima intentio in der ganzen Ausdehnung der Wunde erstrebt aus Furcht vor Eiteretention. Zum Schlusse wird mit Watte verbunden; in den meisten Fällen mit Salicylwatte, zuweilen auch mit Benzoëwatte.

Delirium tremens trat 1 Mal ein. (v. sub. Delirium.)

Erysipelas 4 Mal ein. (v. sub. Erysipelas.)

Pyaemie 1 Mal. (v. sub. Pyaemie Lamberti, Jos.)

Reine Contusionen der Weichtheile sind nur neun verzeichnet.

Schussverletzungen zwei.

1. Füllbier, W., 52 Jahre alt, Nachtwächter aus Cöln, wurde in der Nacht vom 31. März auf den 1. April im Dienste in den Kopf geschossen. Die Kugel drang oberhalb und hinter dem Ohr ein; die Wunde blutete stark. Patient war besinnungslos und starb $^3/_4$ Stunde nach seiner Aufnahme. Bei der gerichtlichen Section fand sich die Kugel auf dem Boden der Schädelhöhle.

2. Utzenrath, Wilh., 23 Jahre alt, aus Ehrenfeld, wurde am 1. Januar 1875 aufgenommen mit einer Schussverletzung, welche er den Scherzen des Neujahrstages verdankte. Die Kugel drang vor dem Ohre ein, und liess sich ein etwa 1 Zoll langen Schusscanal verfolgen. Patient war bewusstlos und blieb in diesem Zustande drei Tage. Dann antwortete er auf lautes Anrufen genau und bestimmt, um indess sofort wieder in seinen soporösen Zustand zu verfallen. Nach 8 Tagen war das Bewusstsein des Patienten vollständig frei und klar. Die Kugel wurde 14 Tage nach der Verletzung hinter dem Ohre derselben Seite oberhalb des Processus mastoideus entdeckt und durch Incision entfernt. Patient wurde geheilt entlassen bis auf einen heftigen, halbseitigen Kopfschmerz.

Vierzehn Mal waren die Verletzungen des Kopfes mit commotio cerebri complicirt.

Einer dieser Fälle ist eben erzählt, zwei werden unter der Rubrik, fractura der Basis cranii zur Erledigung kommen.

Die Andern waren folgende:

1. Sackers, Pet., 28 Jahre alt, Bäckermeister aus Heerd, fiel am 12. März 5—6 Fuss hoch auf den Kopf und wurde am 13. März aufgenommen. Patient war bewusstlos und antwortete nicht auf Zurufen. Erst am 4. Tage reagirte Patient und wurde das Sensorium rasch freier und klarer.

Am 20. März geheilt entlassen.

2. Vannis, Fr., 54 Jahre alt, Steuerexecutor aus Mannheim, ist seit einem Monat psychisch alterirt, missmuthig verstimmt, zuweilen unruhig. In einem solchen Anfalle legte Patient sich am 14. April auf die Schiene und zog sich hierbei (über das Nähere des Vorgangs lässt sich nichts eruiren) seine jetzige Verletzung zu.

15. April. Ueber dem linken Scheitelbeine verläuft eine 10 cm. lange, vernähte Wunde. Bewusstsein vollständig aufgehoben.

17. April. Patient gibt nur auf lautes Zurufen unverständliche Antworten mit lallender Zunge. Urin muss abgenommen werden.

20. April. Sensorium ist freier; Sprache noch lallend, kein Stuhl, doch wird der Urin spontan entleert.

28. April. Patient steht heute zum ersten Male auf.

5. Mai. Geheilt entlassen.

3. Stammel, Joh., 25 Jahre alt, Stukaturarbeiter aus Cöln, fiel am 22. April von einem Gerüste aus der Höhe einer zweiten Etage und wurde bewusstlos in's Hospital gebracht. Eine 10—12 cm. lange Wunde verläuft über das Hinterhaupt; dabei besteht eine leichte Blutung aus der Nase und eine Blutunterlaufung im rechten obern Augenlide.

24. April. Sensorium noch nicht frei, nur auf lautes Zurufen werden einzelne richtige Antworten gegeben.

27. April. Patient hört schlecht, gibt noch immer verwirrte und kurze Antworten und müht sich ab, die Worte zu finden; auf die Frage: Wo er sei? sagt er „Hier.“ Dabei ist die Sprache sehr schwerfällig.

30. April. Sensorium wird allmälig freier. Die Antworten sind bestimmter, aber noch immer langsam und gibt Patient nun selbst an, dass er die Worte nicht zu finden vermöge. Morgens beim Verbinden bekömmt Patient einen epileptischen Anfall, wobei das Bewusstsein vollständig aufgehoben ist und die Pupillen nicht reagiren. Derselbe hat früher nie an Epilepsie gelitten.

1. Mai. Die Antworten sind bestimmter und flüssiger; das Wort „Bürger-Hospital“, was er gestern noch nicht aussprechen konnte, ist ihm heute geläufig.

16. Mai. Geheilt entlassen.

4. Langen, Jos., 21 Jahre alt, Fuhrmann aus Cöln, wurde am 2. Juli aufgenommen, nachdem er 3 Tage vorher eine einen Zoll lange Wunde der Stirnbeingegend und eine zwei Zoll lange Hinterhauptswunde sich durch Fall zugezogen hatte. Nach der Verletzung hatte Patient längere Zeit bewusstlos gelegen. Bei der Aufnahme war das Bewusstsein bereits zurückgekehrt.

7. Juli. Geheilt entlassen.

5. Valender, Franz, 30 Jahre alt, Maurer aus Quadrat, wurde am 24. Juni mit einer Kopfwunde aufgenommen; der Fall schliesst sich in seinem Verlaufe dem eben mitgetheilten vollständig an.

30. Juni. Geheilt entlassen.

6. Scollert, Marg., 34 Jahre alt, aus Luxemburg, wurde am 22. Juli aufgenommen. Selbige war von epileptischen Krämpfen befallen eine Treppe hinunter gestürzt. Patientin ist vollständig bewusstlos, Kopf nach hinten zurückgezogen, Pupillen eng und ohne Reaction, Puls langsam aber doch kräftig, Blase gefüllt.

23. Juli. Zustand ohne Veränderung.

24. Juli. Zeitweise öffnet die Kranke bei lautem Zurufen die Augen und nickt mit dem Kopfe. Bei passiven Bewegungen des Nackens und der linken untern Extremität zuckt dieselbe zusammen; wiederholte Blutungen aus der Nase und blutiges Erbrechen. Urin wird spontan entleert.

28. Juli. Bewusstsein klar.

13. August. Wegen Epilepsie wird Patientin der innern Abtheilung überwiesen.

7. Pfeil, Cath., geb. Voss, 52 Jahre alt, aus Haarlem, am 23. Juli aufgenommen mit Kopfwunde durch einen herabfallenden Stein hervorgebracht. Bewusstsein war mehrere Stunden lang aufgehoben, Schwindel und Kopfschmerz dauerte noch acht Tage nach.

31. Juli. Geheilt entlassen.

8. Selbas, Heinr. 35 Jahre alt, Fuhrmann aus Cöln, aufgenommen am 19. August mit Vulnus capitis.

18. August fiel Patient 12 Fuss hoch mit dem Kopfe auf einen Stein und zog sich dabei eine Kopfwunde zu. Eine Viertelstunde lag er bewusstlos, dann kehrte das Bewusstsein zurück und es bestand nur noch ein Kopfschmerz, der einige Tage andauerte.

6. September. Geheilt entlassen.

9. Münnich, Arn. 15 Jahre alt, Metzgerlehrling aus Cöln, stürzte in den Keller und wurde bewusstlos in's Hospital gebracht; Wunde nicht vorhanden, Blut floss aus Ohren, Nase und Mund.

20. August. Patient ist noch bewusstlos; der Urin muss mit dem Catheter abgenommen werden.

22. August. Das Bewusstsein kehrt langsam zurück, Urinretention besteht fort.

25. August. Zustand unverändert.

14. September. Geheilt entlassen.

10. Hommer, Arn., 37 Jahre alt, Handelsmann aus Cöln. Patient wurde mit einem Kugelstock auf den Kopf geschlagen, contrahirte eine Kopfwunde und war mehrere Stunden besinnungslos. Am 15. October 1875 aufgenommen, klagt Patient über Kopfschmerz, während sonstige Gehirnsymptome fehlen.

Am 28. October entlassen.

Fracturen des Schädels

kamen drei Mal zur Beobachtung und waren jedesmal mit commotio cerebri complicirt.

Den ersten Fall erwähne ich etwas genauer, weil er ein grösseres Interesse bietet.

1. Unbescheiden, Joh., Anstreicher, 26 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 25. Februar aufgenommen. Nach Aussage seiner Begleitung soll Patient am 22. Februar einen Stich in's linke Ohr erhalten haben. Am 23. Februar soll dann häufiges Erbrechen und Blutausfluss aus dem betr. Ohre eingetreten sein.

Am 24. Februar habe sich dauernd eine hellgelbe Flüssigkeit aus dem Ohre entleert. Im Uebrigen wäre Patient in diesen Tagen ziemlich wohl gewesen und vollständig bei Bewusstsein. Dagegen in der Nacht vom 24. auf den 25. Februar sei er sehr unruhig geworden und habe beständig irre geredet. Bei der Aufnahme ist Patient nun besinnungslos und tobsüchtig, Puls sehr klein, langsam, 48 in der Minute, Haut-Temperatur kühl, wegen Unruhe des Patienten mit dem Thermometer nicht zu bestimmen.

Aus dem linken Ohr entleert sich noch eine dünne, gelbe Flüssigkeit. Patient nimmt Nichts zu sich, Urin muss abgenommen werden.

27. Februar. Patient wird ruhiger, Puls bleibt klein, 52 in der Minute. Temperatur niedrig, Urin verhalten. Fortdauerndes Ausfliessen einer gelben, dünnen Flüssigkeit aus dem linken Ohr, so dass das Kopfkissen in grösserer Ausdehnung benetzt wird.

28. Februar. Patient fragt, wo er sei. Gedächniss kehrt wieder, doch erinnert derselbe sich nicht genau, ob er einen Dolchstich bekommen hat; er weiss nur, dass er mit einem Steine gegen den Kopf geschlagen wurde und darauf heftig auf das Pflaster stürzte. Die Haut ist jetzt wärmer, Puls 76, Ausfluss aus dem Ohr reichlicher.

2. März. Patient ist jetzt vollständig bei Bewusstsein. Der Ausfluss aus dem Ohr ist jetzt eiterig, das Gehör auf der kranken Seite nicht aufgehoben, nur schwächer als rechts; keinerlei Lähmungserscheinungen.

Am 23. März geheilt entlassen.

2. Nippel, Carl, 18 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 8. Mai 1875 wegen mannigfacher Körperverletzung, Fractur der Basis cranii, des rechten Ober- und Unterschenkels und complicirter tibiafractur aufgenommen und starb an demselben Tage.

3. Richards, Bernhard, 68 Jahre alt, aus Cöln. Am 6. September 1875 aufgenommen wegen Fractur der Basis cranii, des Oberkiefers und complicirter Fractur beider Unterschenkel, starb am folgenden Tage.

Ein Fall von Kopfverletzung bot noch ein besonderes Interesse, wegen der gleichzeitig bestehenden Augenaffection.

Herr X. aus Ehrenfeld, Privat-Patient, wurde von dem Hufe eines Pferdes getroffen und war dann eine Zeit lang bewusstlos. In der linken Schläfe befand sich eine etwa zwei Zoll lange, ziemlich scharfrandige Wunde. Der Jochbeinbogen war eingetrieben und wurden am zweiten Tage nach der Verletzung einzelne Knochensplitter entfernt, die theilweise diesem selbst, theilweise dem äussern Orbitalrand resp. Orbitalwand angehörten. Man konnte mit dem Finger in die Orbitalhöhle eindringen und wurde aus derselben ebenfalls ein Splitter entfernt. Patient konnte das Auge nicht nach aussen bewegen, sei es in Folge von Blutaustritt an der äussern Wand der Orbitalhöhle, sei es

in Folge einer Verletzung des musculus rectus externus oder des nervus abducens. Es bestand Doppelsehen, gleichnamig Doppelbilder nach der linken Seite des Gesichtsfeldes, die mit der Entfernung vom Auge und von der Medianebene nach links immer weiter und in beträchtlichen Distanzen auseinander traten. Trotz des zweimaligen Eintrittes eines Erysipelas war der Verlauf des Falles ein günstiger. Alle Schwellung verschwand, das extravasirte Blut resorbirte sich und das Doppelsehen ging, wenn auch langsam, doch schliesslich vollständig zurück.

Die Liste unserer Kopfverletzungen weist, wie bereits mitgetheilt, vier Todesfälle auf:

1. Füllbier, starb an Schusswunde, Kugel lag auf der Basis cranii.

2, Richards, Bernhard, Fractura Basis cranii und complicirte Unterschenkelverletzungen.

3. Nippel, Carl, das Gleiche.

4. Lamberti, Jos., (Pyaemie).

Entzündliche Processe des Kopfes.

Summa der Fälle 77; 32 Männer, 45 Frauen.

Abscesse am Kopfe sind vier verzeichnet:

1. bei einem Kinde von sechs Jahren in Folge von Ekzema capitis.

2. bei einem Knaben von neun Jahren aus derselben Ursache.

3. bei einem drei Wochen alten Kinde in Folge eines vereiterten Haematoms.

4. bei einem Manne von 32 Jahren in Folge von Contusion.

Alle geheilt entlassen.

Der Fall von Haematom heilte nach Spaltung des ganzen Sackes innerhalb drei Wochen unter der Thiersch'schen Behandlung.

Ekzema capitis.

61 Fälle: 24 männl., 37 weibl., vertheilen sich nach dem Alter in:

33	unter	10	Jahren,	2 männl., 21 weibl.
20	zwischen	10—20	Jahren.	9 männl., 11 weibl.
4	„	20—30	„	3 männl., 1 weibl.
3	„	40—50	„	nur weibl.
1	„	60—70	„	weibl.

Die Behandlung war in allen Fällen eine gleiche. Das Haar wird kurz abgeschnitten, der Kopf 3—4 Mal des Tages mit Leberthran übergossen, darauf mit einer eng anschliessenden Guttaperchamütze, resp. mit Guttaperchapapier, wodurch der Thran am Verdunsten gehindert und die Kopfhaut dauernd feucht erhalten wird, bedeckt. Morgens und Abends wird der Kopf mit schwarzer Seife gründlich abgeseift und von allen Krusten befreit. Sobald die Secretion eine geringe wird, wird statt reinen Leberthrans eine Mischung von einem Theile Theer und drei Theilen Thran genommen, und geht nach deren Anwendung die Heilnng weiter, tritt keine Vermehrung der Krustenbildung und Secretion ein, so geht man allmälich zu einer Mischung von gleichen Theilen und endlich zur Anwendung von reinem Theer ohne Beimengung über, der schliesslich nur noch mit einem Pinsel dünn aufgestrichen wird, während die Abseifungen auch immer seltener vorgenommen werden. Auf diese Weise gelingt es stets in Kurzem, die hartnäckigsten Fälle zur Heilung zu bringen, und war ich nie genöthigt, zu einer andern Behandlungsmethode zu greifen. Nach den mir vorliegenden Aufzeichnungen beträgt die Durchschnittszahl der Tage, welche die Heilung in Anspruch nahm, 29. Dabei bemerke ich aber, dass diese Kranken gewöhnlich etwas länger im Hospitale zurückgehalten werden, weil man befürchtet, bei einer zu frühen Entlassung sie baldigst im nämlichen Zustande zurück zu erhalten, und dass die Fälle, die mir hier zur Behandlung kommen, meist sehr vorgeschritten und vernachlässigt und mit andern Leiden (Drüseneiterungen etc.) complicirt sind, welche den Aufenthalt im Hospitale verlängern.

Favus.

Es kam mir ein Fall von Favus zur Beobachtung. In früheren Jahren war das hiesige Hospital von diesen Kranken sehr heimgesucht; indess Dank der vortrefflichen Behandlungsmethode des Herrn Geheimrath Fischer sind die Fälle jetzt ausserordentlich selten geworden. Die Methode ist eine höchst einfache, eine sehr sicher wirkende, und was besonders hervorzu-

heben ist, sie führt in der kurzen Zeit von drei Monaten zum Ziele. Herr Geheimrath Fischer, welcher früher bei der Behandlung dieser Fälle mit ausserordentlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, bildete sich schliesslich einen Chirurgengehülfen so heran, dass er ihm jeden einzelnen Fall zur Behandlung überweisen konnte. Die Armen-Deputation liess sich zu gleicher Zeit bereitfinden, diesem Gehülfen für jeden geheilten Fall eine Renumeration von 20 Thlr. zu bezahlen. Hierdurch war die gewissenhafte und pünktliche Ausführung der gegebenen Vorschrift hinlänglich gesichert. Der Kranke wurde nach drei Monaten stets geheilt entlassen, blieb aber noch ein halbes Jahr unter Beobachtung, und wurde die Renumeration nicht früher ausgezahlt, bis die definitive und dauernde Heilung festgestellt war. Ich habe noch Gelegenheit gehabt, aus dem Jahre 1874 drei solcher geheilten Fälle zu beobachten und konnte constatiren, nicht nur, dass kein Recidiv eingetreten, sondern auch, dass der wundervollste Haarwuchs die betreffenden Patienten ziert. Die angedeutete Behandlung wird sich am besten an dem einen, von uns geleiteten Falle darlegen lassen.

Voets, Delph., 14 Jahre alt, aus Erkelenz, wird am 7. Juli 1875 mit Favus aufgenommen. Das Mädchen leidet schon seit 5 Jahren an dem Uebel. Der ganze behaarte Theil der Kopfhaut ist mit den characteristischen gelben Favus-Schuppen bedeckt und lassen sich auch mikroscopisch die Schönlein'schen Sporen nachweisen.

8. Juli. Der Kopf wird des Tages mehrere Male mit Oleum jecoris aselli übergossen und darauf mit einem Kappusblatte und einer darüber eng anschliessenden Mütze bedeckt.

9. Juli. Abseifung des Kopfes und wiederholtes Uebergiessen mit Leberthran.

10. Juli. Nochmaliges Abseifen des Kopfes. Derselbe ist jetzt vom grössten Theile der Schuppen befreit; es wird nun ein kleines, etwa thalergrosses Stück der Kopfhaut mit Collodium cantharidatum überstrichen, durch dessen Einwirkung der Haarbalg aufquillt und sich am nächsten Tage leicht und schmerzlos epiliren lässt.

11. Juli. Diese Operation wird heute auf das sorgfältigste vorgenommen. Von jetzt ab wird von Tag zu Tag immer weiter

gegen den von Favus bedeckten Theil vorgegangen, Zoll um Zoll, von Tag zu Tag die ganze Kopfhaut mit Collodium cantharidatum überstrichen, am folgenden Tage epilirt, bis schliesslich der ganze Kopf von seinem bösartigen Feinde befreit ist. Sollte sich noch nachträglich irgendwo eine nicht ganz reine Stelle zeigen, so wird an dieser die ganze Procedur nochmals wiederholt.

7. October wird Patientin geheilt entlassen.

13. April 1876 stellte sie sich mit schönem Haarwuchs nochmals vor.

Entzündungen der Knochen

kamen neun Mal zur Beobachtung.

Karls, Heinrich, 26 Jahre alt, Postillon aus Siegburg, wurde am 16. Januar 1875 aufgenommen mit oberflächlicher Necrosis des Stirnbeins. Patient wurde vor mehreren Monaten von einem Pferde mit dem Hufe geschlagen und damals an einer grossen Stirnwunde und einem Unterkieferbruche behandelt und nach Entfernung von mehreren Knochensplittern entlassen. Es besteht jetzt auf der Mitte des Stirnbeins eine Fistel, durch welche man auf rauhen Knochen gelangt.

Behandlung: Incision, Blosslegung und Abschabung des rauhen Knochens, worauf die Heilung ohne Zwischenfall von Statten ging.

Ein zweiter Fall betraf eine syphilitische Necrosis, welche Form überhaupt nur dieses eine Mal zur Beobachtung kam. Es handelte sich um ein thalergrosses Stück des Os parietale bei einer 55jährigen Frau aus Cöln. Der Knochen hatte sich noch nicht abgestossen, alle antisyphilitischen Curen waren durchgemacht; ich wartete den langwierigen Process der Abstossung nicht ab, sondern meisselte das Stück ab und schabte darauf den Boden mit dem Löffel noch einmal gehörig aus. Der Verlauf war ein günstiger und ging die Heilung rasch von Statten.

Als dritter Fall von Necrosis ist folgender verzeichnet:

Brenn, Catharina, 12 Jahre alt, aus Cöln. Das Kind leidet an doppelseitiger Coxitis und Caries necrotica der linken Schläfe und des rechten Os parietale. Wegen der Oertlichkeit der Caries liess ich erst eine Schwitzcur beginnen, die jedoch auf das Leiden keinen Einfluss zeigte.

Die Caries necrotica des Schädeldaches erstreckte sich auf die ganze Dicke des Knochens, und wurde, da die Eiterung eine sehr profuse war, das Kind anaemisch und der Urin eiweisshaltig wurde, das necrotisirte Stück des Schädeldaches ausgelöffelt resp. ausgemeisselt; die Dura mater lag in Thalergrösse bloss, ohne dass Knochenbildung stattgefunden hatte, und

zeigte Hirnpulsationen. Innerlich wird Jodkali gereicht. Die Eiterung wird geringer, das Kind ist augenblicklich noch auf der Station, jedoch fordert die allgemeine Caries und die ganze Constitution desselben, der Eiweiss-Gehalt des Urines wenig zu operativen Eingriffen auf.

Die übrigen sechs Male ging die Entzündung vom Processus mastoideus aus. In letzter Zeit habe ich denselben drei Mal durch eine Incision bloss gelegt und mit dem scharfen Löffel die cariöse Stelle ausgelöffelt. Jedesmal drang der Löffel tief in die durch die Entzündung erweichten Zellen des Processus ein. Diese Auslöffelung ist in ihrer Wirkung der Trepanation gleich zu stellen, nur dass sie in der Ausführung weit angenehmer ist. Alle drei Fälle wurden in kurzer Zeit geheilt.

Ein Mal bestand nur eine einfache Periostitis des processus mastoideus welche die Incision rasch heilte. Zweimal verliessen die Patienten kurz nach der Aufnahme das Hospital; beide Fälle hätten sich zur Auslöffelung geeignet, die ich damals noch nicht übte.

Ectasie des Sinus frontalis

ist nur ein Mal notirt. Ein Mädchen von 24 Jahren litt seit lange an sogenanntem Stockschnupfen, welcher zeitweilig mit ausserordentlich heftigen Kopfschmerzen verbunden war. Der Kopfschmerz schwand stets mit dem Eintritt eines stärkeren, eiterigen Ausflusses aus der Nase. Die Gegend der Stirnbeinhöhle ist stark aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. An der rechten Seite ist das Orbitaldach nach innen und unten getrieben, doch sind die Bewegungen des Auges ganz frei und bestehen keine Doppelbilder. Patientin stellte sich ambulatorisch nur einmal vor.

Lupus, auf den behaarten Kopf beschränkt, kam nur ein Mal zur Beobachtung bei einem 13jährigen Kinde.

Geschwülste

kamen 13 Mal am Kopfe zur Beobachtung.
7 Männer, 6 Weiber.
Sieben Mal kamen Atherome auf dem behaarten Kopfe vor, welche exstirpirt wurden.

Ein Mal wurde eine mehrkammerige angeborene Cyste von dem Kopfe eines Kindes entfernt:

Schlömer, Joh., sieben Monate alt, aus Cöln, hatte auf der Höhe des Hinterhauptes eine taubeneigrosse fluctuirende Geschwulst; Reposition in das Cavum cranii nicht möglich. Bei der Exstirpation zeigt sich, dass dieselbe mehrkammerig ist und auf der Galea aufsitzt.

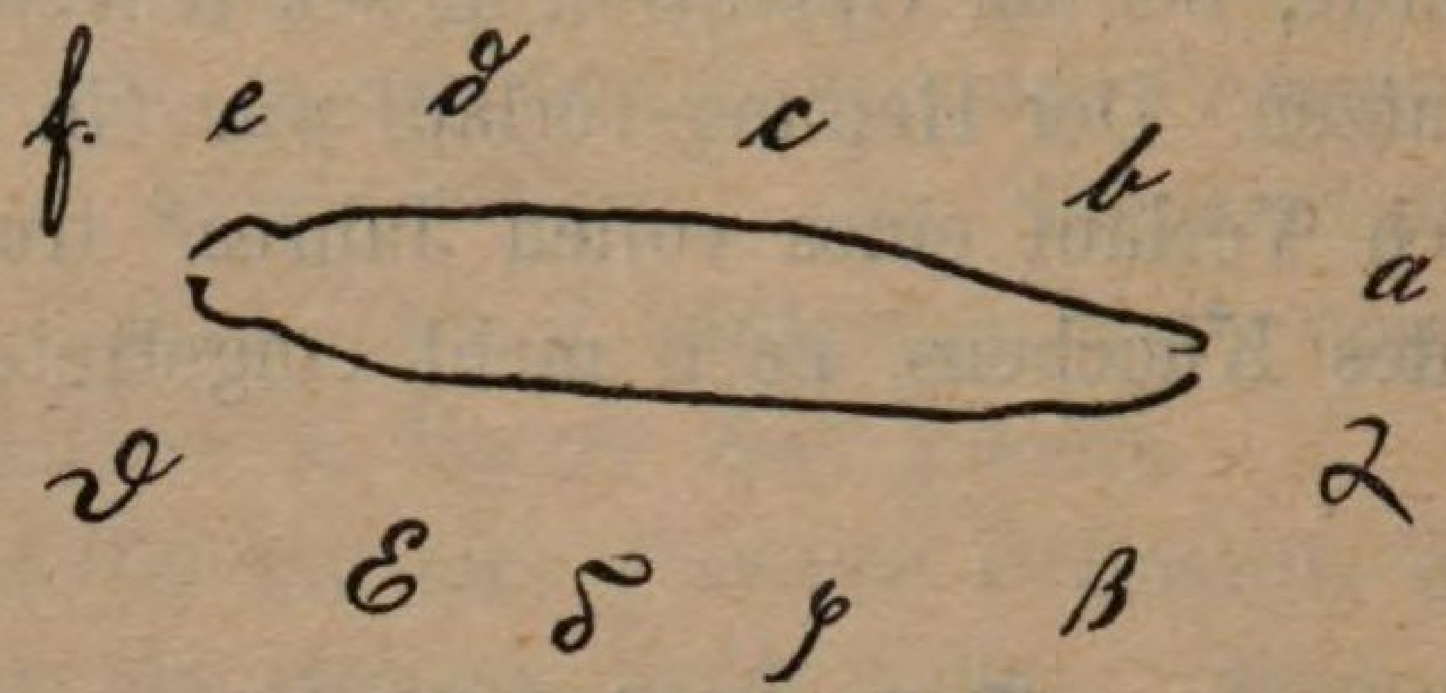
Einmal entfernte ich ein zwei Zoll grosses, rundes, exulcerirtes Epithelioma vom Hinterhaupte eines 68jährigen Herrn. Das Geschwür drang linientief in das Os occipitale ein, so dass es nöthig wurde, bei der Operation diesen Knochen bis in dieselbe Tiefe abzukratzen. Der Heilungsverlauf war ein normaler. Recidiv bisheran nach Verlauf eines vollen Jahres, trotz des tiefen Ergriffenseins des Knochens, noch nicht eingetreten.

Teleangiectasien

der behaarten Kopfhaut kamen Vier zur Beobachtung. Dieselben wurden stets ambulant behandelt und zwar durch Unterbindung, eine im hiesigen Hospitale schon seit einer langen Reihe von Jahren durch Hrn. Geheimrath Fischer geübte Methode, die auch den Vortheil hat, dass man die Patienten in der Ambulanz halten kann und keine übeln Zufälle im Verlaufe beobachten wird; besonders bei Mischformen von Teleangiectasien und cavernöser Venengeschwulst ist diese Methode zu empfehlen, da man weder Blutungen noch Phlebitis zu gewärtigen hat. Die Operation wird folgendermassen gemacht:

Es werden in einen dicken seidenen Faden eine Reihe von Nadeln eingefädelt von verschiedener Grösse, die in einem grossen Kreise gebogen sind. Dabei nehme man die grösseren Nadeln in die Mitte, die kleinern allmälich absteigend an die Enden des Fadens, weil in der Mitte die Teleangiectasie meist breiter ist und desshalb auch in grösserer Ausdehnung umstochen werden muss. Jede Nadel ist von der andern etwa einen Fuss breit entfernt; die Zahl der Nadeln resp. die Länge des Fadens hängt von dem grössten Längendurchmesser der Teleangiectasie ab und kann man auf je vier mm. eine Nadel rechnen. Dabei muss noch an den beiden Endpunkten der Teleangiectasie durch das gesunde Gewebe je eine Nadel geführt werden. Hiernach bedürfte also eine Teleangiectasie von 12 mm. Länge 5 Nadeln, eine solche von 20 mm. 7 u. s. w. Sind die Nadeln eingefädelt,

so wird an einem Ende beginnend, die erste Nadel etwa 3 mm. von der Teleangiectasie entfernt bei *a α* (vide beistehende Figur) durch eine Hautfalte gestochen, nachdem man solche zuvor mit einer Pincette erhoben hat.



Die Nadel wird so weit durchgeführt, dass schliesslich Nadelspitze und Nadelöhr gleichweit hervorsieht und bleibt dann liegen. Darauf wird an der Grenze der Teleangiectasie etwa 3 mm. von dem Seitenrande derselben die zweite Nadel in gleicher Weise eingelegt, also bei *b β*; hierauf wieder 3 mm. entfernt von der zweiten Nadel und in der gleichen Entfernung vom Seitenrande des Blutschwammes die dritte, also bei *c γ*, bis die ganze Geschwulst über die entgegengesetzte Grenze hinaus vollständig von 3 zu 3 mm. Entfernung umstochen ist, also bis bei *d δ*. Die Teleangiectasie ruht nun vollständig auf den Nadeln. Hierauf wird die erste Nadel bei *a α* durchgezogen und unmittelbar hinter der Oese der Doppelfaden durchschnitten, und nun sucht man durch Ziehen an dem einen bei *a* heraushängenden freien Fadenende einerseits und an einem der beiden freien Fadenenden bei *α* andererseits festzustellen, welches die correspondirenden Enden des continuirlichen Fadens sind und schliesst sie durch einen Doppelknoten recht fest, während das andere freie Ende ruhig liegen bleibt oder einem Assistenten übergeben wird. Hierauf wird die zweite Nadel durchgezogen bis bei *β* der Faden kurz hinter der Oese abgeschnitten, so dass abermals zwei freie Enden entstehen, wozu auch noch das eine zu dem vom Assistenten fixirten Fadenende gehört und in einem weitern Verlaufe unter dem Blutschwamme weg an der andern Seite desselben bis bei *b* hin eine Schlinge bildet. Die beiden zusammenpassenden

Enden α und β werden nun stark angezogen und fest geknotet, wobei die Teleangiectasie sich zu einer Falte erhebt. Auf solche Weise schreitet man stets weiter, eine Nadel nach der andern durchziehend und an der Längenseite der Teleangiectasie Ligaturen bildend, bis die letzte Nadel bei $f\,\delta$ wieder wie die erste bei $a\,\alpha$ eine Querligatur bildet. Nach Knotung dieser letzten Schlinge liegt die Teleangiectasie auf den Fäden in Form eines dicken, weissen Wulstes, während an einer Seite derselben die Knoten, an der andern die Schlingen der Fäden sich befinden. Der Fall bleibt dann sich selbst überlassen. Die Teleangiectasie wird in einigen Tagen dunkelschwarz und fällt gewöhnlich nach acht Tagen ab, worauf man eine schöne granulirende Fläche vor sich hat, welche wie jede andere granulirende Fläche behandelt wird und sehr bald heilt. Man könnte gegen diese Methode den Vorwurf erheben, dass die Narbe gewöhnlich hässlich wird, allein dieser Vorwurf kann doch höchstens bei Teleangiectasien an unbedeckten Körperstellen in's Gewicht fallen. Allein man behält es doch immer in der Hand, eine spätere Excision der Narbe vorzunehmen, und erzielt dann gewöhnlich ein sehr schönes Resultat, ein weit schöneres, wie bei directer Excision der Teleangiectasie mit nachfolgender Plastik.

Auf diese Weise habe ich oft sehr weit ausgedehnte Teleangiectasien, einmal eine solche von 7 cm. Länge abgebunden. Bei grösseren kann man überhaupt die einzelnen Entfernungen der Nadeln etwas weiter nehmen 4 bis 5 mm., so dass bei einer Länge von 7 cm. etwa 14 bis 16 Nadeln nöthig wären. Zu berücksichtigen ist, dass man die Fäden recht kräftig anziehe, indem der Widerstand des tiefer liegenden Gewebes ziemlich bedeutend ist und man doch bei Schliessung des Knotens dahin strebt, die beiden Linien der Ein- und Ausstichsöffnungen möglichst einander zu nähern, um das dazwischen liegende Gewebe stark zu compriminren und demselben alle Ernährungsquellen vom Boden aus möglichst abzuschneiden.

Krankheiten des Gehör-Organs

51 Fälle, 29 Männer, 22 Weiber.

Nur eine Ohrverletzung ist verzeichnet.

Fremdkörper im äussern Gehörgange 5 Fälle, 3 Männer, 2 Weiber.

Die Gegenstände waren: Einmal ein Handschuhknöpfchen, einmal eine Kaffebohne, zweimal ein sogenannter Johannisbrodkern, einmal drei lebende Würmer.

Sechs Mal kam Periostitis des Processus mastoideus zur Beobachtung. Diese Fälle haben wir schon zur Sprache gebracht und wurde dieserhalb die Auslöffelung des Processus mastoideus mit Erfolg ausgeführt.

Es kamen nur vier Fälle von Schwerhörigkeit wegen Ansammlung von Ohrenschmalz vor. 3 Männer, 1 Weib.

Fünf Fälle von Furunkel im äussern Gehörgang. 2 Männer, 3 Weiber.

Drei Fälle von Ohrpolypen. 2 Männer, 1 Weib.

Bei dem einen war die Affection doppelseitig.

Schäfer, Jacob, 9 Jahre alt, ist schon seit Beginn des vorigen Jahres beständig im Hospitale und habe ich schon mehrmals die weichen Polypen mit der Kornzange entfernt, später mit der galvanokaustischen Schlinge; indess keines dieser Verfahren führte bis jetzt zum Ziele. Ebenso rasch wie die Neubildungen entfernt wurden, entstanden sie wieder, bis ich zuletzt zu dem Löffel griff und dieselben mit einem eigens dazu construirten kleinen Löffelchen auslöffelte.

Zwei feste Polypen kamen zur Beobachtung; beide in der Ambulanz, 1 Mann, 1 Weib. Dieselben ragten zum äussern Gehörgange heraus und wurden mit der galvanokaustischen Schlinge leicht entfernt. Der eine Fall zeigte sich nicht mehr, der zweite:

Vossen, Wilhelm, 14 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 1. December 1875 mit der galvanokaustischen Schlinge operirt, es trat indess ein Recidiv ein, weshalb ich nachträglich die Auslöffelung vornahm. Patient wurde schliesslich geheilt entlassen.

Otorrhoe

kam acht Mal zur Beobachtung. 5 Männer, 3 Weiber und wurde zur Heilung gebracht durch zweimaliges Ausspritzen täglich und Einträufeln einer schwachen Zinklösung von $1^1/_2$%.

Otitis interna

mit durchbrochenem Trommelfell kam fünf Mal zur Beobachtung. 2 Männer, 3 Weiber. Zweimal doppelseitig.

Behandlung: Zweimaliges Ausspritzen mit lauwarmem Wasser, Einträufeln der eben angegebenen Zinklösung und Auspinseln des innern Ohres mit einer 1 % Höllensteinlösung. Letztere wird gewöhnlich alle drei Tage vorgenommen und gelingt es auf diese Weise bald dem Process ein Ende zu machen.

Verengerung der tuba Eustachiae

8 Fälle. 3 Männer, 5 Weiber.

Es wurde der Catheterismus der Tuba vorgenommen, resp. das Politzer'sche Verfahren in Anwendung gezogen. Drei Mal mit augenblicklicher Besserung, drei Mal ohne jeden Erfolg, zwei Mal kam der Process wenigstens für längere Zeit zum Stillstande.

Zwei Fälle von tödtlichem Ausgang in Folge einer acuten innern Ohrentzündung.

Den einen Patienten sah ich nur ambulant von Zeit zu Zeit in der Privatpraxis; selbiger litt an einer innern Ohrentzündung mit Perforation des Trommelfells. Plötzlich trat nach einer mehrmonatlichen Unterbrechung der Behandlung furchtbarer Kopfschmerz ein, welcher sich auf das Ohr concentrirte und durch Druck auf den Processus mastoideus steigerte. Der Fall entzog sich meiner Behandlung und Patient starb, wie ich später hörte, an meningitischen Erscheinungen.

Der zweite Fall betraf ein Mädchen Antonie Rutkosvsky, welches ebenfalls an secundärer Meningitis zu Grunde ging.

Lupus

d r Ohrmuschel in Combination mit Lupus des Gesichtes wurde drei Mal beobachtet, immer bei Weibern.

Zwei Mal war das Läppchen allein befallen, in dem dritten bestand neben der colossalen Verdickung und Verlängerung des Läppchens eine bedeutende Venenschwellung. In der Peripherie der Geschwulst erkennt man deutlich vereinzelte mit Epidermisschuppen bedeckte Knötchen, die theilweise in der Tiefe der Haut liegen und theilweise oberflächlich. Das Läppchen war bei der 30jährigen Patientin, die sich in der Ambulanz vorstellte,

im Verlaufe von 15 Jahren zu der Dicke eines Hühnereies angewachsen; eine Operation wurde verweigert.

Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen von 24 Jahren, Köchin. Selbige zeigte sich ebenfalls in der Ambulanz. Das Leiden begann vor vier Jahren mit kleinen Knötchen und ist allmälich zu seiner jetzigen Grösse angewachsen. Das Ohrläppchen ist wieder ganz occupirt, daumendick, livide gefärbt. Am Rande der Geschwulst finden sich vereinzelte mit Epidermisschuppen bedeckte Knötchen, die theilweise noch in der Tiefe der Haut liegen, und in welche man mit dem Myrrtenblatte leicht hineinfällt; andere Knötchen erheben sich bereits über das Niveau der Umgebung und sind ebenfalls mit Epidermisschuppen bedeckt. Die Abtragung des Läppchens soll in den nächsten Tagen vorgenommen werden.

Es kam nur ein einzelner Fall eines Epithelioms an der Ohrmuschel zur Beobachtung.

Renner, Michael, 57 Jahre alt, Ackerer aus Westphalen, litt schon seit vier Jahren an seinem jetzigen Leiden. Dasselbe war nach seiner Beschreibung aus einem kleinen Wärzchen entstanden und bis zu der Grösse angewachsen, in der es sich jetzt präsentirt, so dass die grössere Hälfte der Ohrmuschel in ihrem mittlern Theile von einem pilzähnlichen exulcerirten, leicht blutenden Gewächse eingenommen ist. Die Behandlung bestand in der Excision des Tumor sammt der darunter liegenden Muschel. Das obere und untere Ende derselben blieb noch erhalten. Es wurden zwei halbmondförmige Schnitte vom obern und untern Ende der Muschel beginnend in einem grösseren Halbkreise oberhalb, resp. unterhalb und hinter dem Ohre herumgeführt, bis diese Schnitte sich fast trafen. Die beiden Muschelreste liessen sich dann mit Leichtigkeit aneinander nähen und wurde dabei die Ohrform ziemlich erhalten, nur dass das Ohr zierlicher und kleiner wurde. Die Heilung ging innerhalb 14 Tagen ganz gut von Statten.

Missbildung.

Ein Fall von angeborener Missbildung des Ohres kam zur Beobachtung.

Bernards, Leonhard, aus Cöln, hatte bei der Geburt ein defectes Ohr; nicht nur war der äussere Gehörgang ganz geschlossen, es fehlte auch der ganze mittlere Theil der Ohrmuschel. Das Ganze machte den Eindruck, als ob die Ohrmuschel nach vorne umgeklappt, dann angewachsen und so den äussern Gehörgang verdeckt hätte. In dieser Voraussetzung umschnitt ich die Gegend des Tragus bogenförmig und drang in die Tiefe. Der äussere Gehörgang war nicht aufzufinden; es fehlte der ganze

knorpelige Theil. Erst in grosser Tiefe stiess man auf den knöchernen Gehörgang. Die Umklappung der defecten Ohrmuschel machte sehr viel Schwierigkeit, und sah ich mich schliesslich genöthigt, die Ohrmuschel mit einer wund gemachten Stelle oben und unten an einer entsprechenden aufgefrischten Stelle der Haut hinter dem Ohre festzunähen. Hierauf legte ich über die wunde Vorderfläche der Ohrmuschel einen Lappen, welchen ich mit einer nach oben gelagerten Brücke aus der Gegend vor dem Ohre wegnahm. Den vordern Rand des Läppchens nähte ich an die Gegend des äussern Gehörgangs. (In einem ähnlichen Falle würde ich in Zukunft die Gegend des Tragus in grossem Bogen halbkreisförmig umschneiden, die Lappen abpraepariren und als Deckungslappen für die Vorderfläche der Ohrmuschel verwenden.) Bei der Heilung fiel die unterste Spitze des Läppchens gangraenös ab, sonst ging dieselbe gut von Statten; die Ohrmuschel war in ihrer Gestalt bedeutend verbessert und blieb auch in ihrer angegebenen Lage fixirt, so dass das Gesammtresultat als ein befriedigendes betrachtet werden konnte.

Es kam dann noch ein Fall von künstlichem Defecte am Ohre, entstanden durch Verschwärung, zur Beobachtung.

Annweiler, Margaretha, 7 Jahre alt, aus Cöln, stellte sich vor am 1. März 1875 mit einem Defecte am linken Ohrläppchen von der Grösse eines halben Groschenstückes. Es bestand nur noch eine schmale Brücke, welche den vordern Theil des Ohrläppchens mit dem hintern vereinigte. Der unförmige Defect wurde keilförmig excidirt und der vordere Abschnitt des Läppchens mit dem hintern vereinigt. Das Kind erhielt auf diese Weise ein schönes, nur etwas spitzes Ohrläppchen.

Gesicht.

Verletzungen des Gesichtes kamen 35 Mal vor.
28 Männer, 7 Weiber.
Verwundungen 25 Fälle. 19 Männer, 6 Weiber.

Von den Verwundungen verdienen drei Fälle einer besonderen Erwähnung.

Wittmann, Franz, 45 Jahre alt, Steinhauer aus Cöln, ward am 13. September aufgenommen mit einer Wunde der Unterlippe. Die Wunde war zackig, wurde indess doch vernäht. Am nämlichen Tage stellte sich Delirium ein, welches drei Tage anhielt. Die Wunde war indess geplatzt und musste daher excidirt werden, es musste gewissermassen die Operation eines Labium fissum vorgenommen werden. Patient wurde bald geheilt entlassen.

Bei einem zweiten Falle musste ebenfalls nachträglich nachdem die Wunde nach der ersten Vereinigung geplatzt und zum Theil necrotisch geworden war, eine Excision der Wundränder gemacht werden. Jedenfalls wird durch diese nachträgliche Abtragung der Process bedeutend abgekürzt und die Narbe eine viel schönere, daher habe ich in einem dritten Falle, wo die Wunde sehr zackig und zerfetzt war, die Wundränder gleich nach der Verletzung in ziemlicher Ausdehnung excidirt und dann eine prima intentio erzielt, so dass Patient in kurzer Zeit entlassen werden konnte.

Die Verwundungen vertheilen sich im Gesichte nach den Localitäten in der Weise, dass

7 Mal die Umgebung des Auges,
6 „ die Nase,
2 „ die Wange,
4 „ die Oberlippe,
3 „ die Unterlippe,
3 „ das Kinn

vorwiegend betroffen war.

4 Fälle endeten mit Tod.

1. Fall war complicirt mit Fractura basis cranii, Fractur des Oberkiefers, complicirter Fractur beider Oberschenkel. Es war Bernhards, Richard, 68 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, welcher am 6. September 1875 aufgenommen wurde und am 7. September starb.

2. Fall. Sieber, Heinrich, 38 Jahre alt, Fabrikarbeiter, wurde am 5. Mai 1875 aufgenommen. Patient schlug auf den Nacken, während der Kopf nach vorn geneigt war und ein 14 Ctr. schwerer Stuhl drückte sein Gesicht gegen eine feste Unterlage. Das Gesicht war durch Blutunterlaufungen stark aufgetrieben und dunkelblau, die Augenlider durch Blutextravasate geschwollen und fest geschlossen; es bestehen einige kleinere Wunden im Gesichte. Beide Oberkiefer sind gebrochen und lässt sich mit Leichtigkeit beiderseits Crepitation deutlich nachweisen.

Die Nasenbeine sind ebenfalls fracturirt, die Nase eingedrückt, Patient ist bei klarem Bewusstsein, kann nicht gut schlucken und muss daher künstlich ernährt werden.

Tod am 3. Tage.

Ausser den erwähnten Verletzungen hatte Patient noch eine Fractur der Schildknorpel und eine Zerreissung der Trachea in der Höhe des vierten Knorpels.

Zwei andere Fälle endeten mit Tod durch Erysipel.

3. Fall. Schenk, Amalia, 64 Jahre alt, aus Elberfeld, wurde aufgenommen mit Vulnus palpebrae superioris und Erysipelas migrans am 27. November 1875 und starb an Adynamie am 5. Januar 1876.

4. Fall. Brebeck, Elise, Lehrerin aus Westphalen, wurde am 5. August 1875 aufgenommen und starb am nämlichen Tage (vide Erysipelas).

Einfache Quetschung des Gesichtes kam nur ein einziges Mal zur Beobachtung. Der Fall bietet kein besonderes Interesse.

Verbrennungen.

7 Fälle (alles leichte Verbrennungen).

Drei Mal durch Gas-Explosion, ein Mal durch aufspritzenden Zuckersaft, drei Mal durch Wasserdampf; alle endeten in Heilung nach kurzer Zeit. Jedoch war ein Fall complicirt mit einer bedeutenden Verbrennung des übrigen Körpers.

Fracturen

der Gesichtsknochen 8 Fälle. Drei frische Fracturen der Nasenbeine, zwei veraltete.

Bei dem einen dieser letzteren Fälle war ein Geschwür vorhanden, welches am Nasenrücken zwischen den beiden von einander getrennten Nasenbeinen in die Nasenhöhle führte. Jeden Morgen entleerte Patient, welcher drei Wochen nach einer vorangegangenen Verletzung aufgenommen wurde, durch Ausschnauben bei zugehaltener Nase und geschlossenem Munde eine ziemliche Quantität Eiter. Die Fistel war mit starken leichtblutenden Granulationen bedeckt und heilte nicht eher als bis sie nach 14 Tagen mit dem scharfen Löffel ausgeschabt wurde.

Bei dem andern Falle, Conditor S aus Cöln, bestand eine bedeutende Dislocation der ganzen Nase nach rechts.

In der Chloroformnacrose wurden die Knochen 14 Tage nach der Verletzung noch einmal gebrochen, die Nase gerade gerichtet und dem Patienten das Tragen einer Pelotte angeordnet, welche durch ein Stirnband auf der Stirne befestigt und derart eingerichtet war, dass die eine Pelotte den obern Theil der Nase, welcher nach rechts gewichen war, nach links, die andere den untern, der nach links gewichen war, nach rechts drängte. Nachdem Patient diese Pelotte 14 Tage getragen, konnte die Heilung als gelungen betrachtet werden. Die Nase wich nur um ein Minimum von der Medianlinie ab.

Zwei Fracturen des Oberkiefers, die beide tödtlich endeten, wurden eben schon bei den Gesichtsverletzungen besprochen.

Ein dritter Fall ist folgender:

Kaiser, Theodor, 44 Jahre alt aus Cöln, stürzte am 3. Juni 1875 aus der zweiten Etage eines Hauses auf's Gesicht. Die ganze Nasenhaut war zerrissen; beide Oberkiefer liessen sich mit Leichtigkeit nach unten bewegen, so dass also die Verbindung dieser Knochen mit den Nachbarknochen gelöst sein musste; ausserdem war auch die Verbindung der Oberkiefer untereinander gelockert. Dieselben sind in der Mitte des harten Gaumens so weit auseinander gewichen, dass man mit Bequemlichkeit den kleinen Finger zwischen legen konnte; der Schleimhaut-Ueberzug ist hier ebenfalls zerrissen, die Sprache näselt. Es wurde ein Tuch fest um den Kopf gelegt und Eisumschläge verordnet. Patient wurde schon am 2. Juli geheilt entlassen. Die Oberkiefer hatten sich so weit genährt, dass nur noch eine seichte Rinne als Andeutung der früheren Diastase bestand. Sprache war normal.

Luxationen des Unterkiefers

kamen zwei Mal zur Beobachtung. 1 Mal bei einem Manne, 1 Mal bei einem Weibe.

Die Einrenkung war jedesmal eine leichte.

Fractur des Unterkiefers

kam zwei Mal zur Beobachtung, bei 2 Männern.

Behandlung mit Kautschukrinne.

Entzündliche Processe.

Lupus kam 20 Mal zur Behandlung. 8 Mal ambulatorisch, 12 Mal klinisch. 6 Männer, 14 Weiber.

Von	1—10	Jahren	inclusive	4,
„	10—20	„	„	7,
„	20—30	„	„	3,
„	30—40	„	„	4,
„	40—50	„	„	2.

Der Lupus wird uns noch nachträglich im Anhange beschäftigen bei Gelegenheit einer Abhandlung über den scharfen Löffel. Die Behandlung bestand eben darin, dass derselbe ausgekratzt und darauf mit dem Chlorzinkstift geätzt wurde.

Ekzema des Gesichtes

kam meist combinirt mit Ekzema capitis zur Beobachtung. Als reines Ekzema neben phlyctaenulaerer Augenentzündung neun Mal, und fünf Mal für sich allein.

Acne rosacea

ist zwei Mal verzeichnet.

Meine Bemühungen, die Patienten zur Operation zu bestimmen, waren vergeblich; ich würde in gegebenem Falle die ganze Haut bis auf den Knorpel abtragen, überzeugt, dass, wie bei einer Transplantation eines Lappens von einer Seite der Nase auf die andere eine schöne Narbe an der der Haut beraubten Stelle erzielt werden kann, dies auch in solchem Falle eintreten würde.

Fünf Fälle von Mentagra sind verzeichnet. Die Behandlung bestand darin, dass die Mentagrakrusten mittelst Seifenüberschläge gehörig aufgeweicht wurden. Darauf wurde Stelle um Stelle epilirt; die Heilung gelang regelmässig innerhalb zwei Monaten.

Gumma

ist ein Mal verzeichnet.

Frau X, 61 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 6. August 1874 aufgenommen. Im linken Mundwinkel sass ein exulcerirter Knoten; ausserdem litt sie an Necrosis des Os parietale. Sie wurde am 30. Januar 1875 entlassen. Das Nähere siehe im Anhange über den Löffel.

Tuberculoese Ulcera

im Gesichte sind 3 mal verzeichnet; (3, 1½, 49 Jahre alt). Bei allen wurde das Geschwür ausgelöffelt.

Abscesse

4 Fälle; 2 Männer, 2 Weiber.

Parulis Abscesse

5 Fälle; 2 männl., 3 weibl., in Folge von Zahnkrankheit. Die Behandlung bestand in Incision des Abscesses und Extraction des erkrankten Zahnes. Alle geheilt.

Zahnfisteln

4 Fälle; 2 Männer, 2 Weiber.

Behandlung: Extraction des erkrankten Zahnes. In einem Falle war die bestehende Fistel doch nicht geheilt, nachdem schon vor der Aufnahme der erkrankte Zahn zum Zwecke der Heilung von anderer Hand entfernt worden war. Durch die Fistel konnte man keinen entblössten Knochen wahrnehmen. Trotzdem machte ich die Necrosis-Operation in der sichern Erwartung, dass ich auf necrotische Knochen stossen würde. Ich erweiterte die Weichtheile der Fistel durch Schnitt, die Knochenfistel mit dem Meissel und fand in der Tiefe der Alveole ein Stück Zahnwurzel, welches die Eiterung unterhalten hatte. Die Heilung ging dann rasch von statten.

In einem andern Falle bestand die Fistel nach Extraction des Zahnes noch fort; die Ränder derselben waren sehr hart infiltrirt und genügte in diesem Falle die Excision der verdickten und infiltrirten Ränder die Heilung herbeizuführen.

Caries und Necrosis

der Gesichtsknochen sind im Ganzen 13 Fälle verzeichnet. 4 Fälle von Caries der Nasenbeine und des harten Gaumens, syphilitischen Ursprungs, jedesmal bei Männern.

B, Joseph., 20 Jahre alt, Tagelöhner aus Deutz, wurde am 20. Mai 1875 aufgenommen mit stark übelriechendem Athem.

Im harten Gaumen befand sich eine schmale Spalte, durch welche man auf necrotische Knochen stiess. Diese Knochen konnte man ebenfalls von der Nase aus mit der Sonde touchiren. Die Behandlung bestand in der Entfernung eines grossen Stückes des harten Gaumens von der Nase aus, sowie eines Nasenbeines und einer Concha. Innerlich Jodkali und Schwitzkur; die Heilung gelang in 4 Monaten.

Ein ähnlicher Fall kam zur Behandlung, in welchem der Vomer und mehrere Muscheln entfernt wurden. In diesen beiden Fällen liess sich Syphilis deutlich nachweisen. Entfernung der necrotischen Splitter und tägliches Ausspritzen der Nase; ausserdem Schwitzkur. Heilung gelang in acht Wochen.

Ein dritter Fall betrifft einen 15jährigen Knaben.

B J., aus Cöln; am 27. September aufgenommen.

Von Syphilis lässt sich nichts nachweisen; das Leiden begann mit näselnder Sprache und auf dem weichen Gaumen sowohl wie auf der Mandel befinden sich Ulcera. In der Nasenhöhle sind necrotische Splitter nachweisbar. Rechterseits ist die Nase in der Gegend des Saccus lacrimalis stark geschwollen ödematös und schmerzhaft. Die Splitter werden aus dem vordern Nasenloche extrahirt und eine Schwitzkur verordnet. Patient überstand noch eine Rose, ist indess jetzt geheilt.

4. R Stephan, 36 Jahre alt, aus Cöln. 5. August 1875 aufgenommen. 3. September geheilt entlassen. Es mussten hier ebenfalls mehrere necrotische Splitter entfernt werden, und obgleich eine syphilitische Infection hartnäckig geläugnet wurde, trat doch auf Anwendung einer Schwitzkur und Jodkali rasche Besserung und Heilung ein

Necrosis des Oberkiefers

4 Fälle.

Zwei Mal kam dieselbe in der Ambulanz zur Beobachtung. In dem einen Falle war der Oberkiefer eines drei Jahre alten Kindes zum grössten Theile necrotisch. Der Vorschlag der Extraction wurde abgelehnt.

Der andere Fall betraf einen Herrn von 35 Jahren, der mich in der Privatpraxis consultirte. Auch in diesem Falle war die Necrosis eine sehr ausgedehnte. Die Operation wurde ebenfalls verweigert.

Eine ausgedehnte Necrosis des Zahnfortsatzes des Oberkiefers wurde beobachtet bei einer 40jährigen Frau. Aus der Oberkieferhöhle entleerte sich durch eine Fistel im Zahnfortsatze massenhaft Eiter. Durch die Fistel konnte man mit der Sonde

bis in's Innere der Oberkieferhöhle gelangen, die Zähne zu erhalten, war unmöglich. Es wurde ein Zahn nach dem andern entfernt, darauf die Hälfte des Zahnfortsatzes und ein Theil der äussern Fläche des Oberkiefers.

Ein anderer Fall von Necrosis des Oberkiefers betraf ein Kind aus Dormagen, Elise Brill, 5 Jahre alt, aufgenommen am 14. Juli. Das Kind litt seit 3/4 Jahren an Schwellung der rechten Wange; seit einem Monat ist die Geschwulst aufgebrochen und entleert durch eine Fistel unterhalb des Auges reichlich Eiter.

Behandlung: Extraction eines 3 cm. langen und 1 cm. breiten Knochenstückes, welches der Facialfläche des Oberkiefers angehörte.

28. Juli. Geheilt entlassen.

Necrosis des Unterkiefers.

5 Fälle.

2 Mal des Unterkiefers selbst, 3 Mal des Alveolarfortsatzes. Letztere in Folge eines cariösen Zahnes. Die Heilung gelang hier rasch nach Entfernung der kranken Zähne und des betreffenden Zahnfortsatzes. Es waren 2 Männer und 1 Weib.

Die ersteren Fälle, beide Weiber sind folgende:

1. Schumacher, Magdalena, 3 Jahre alt, aus Euskirchen, am 8. Februar 1875 aufgenommen. Die Necrosis geht vom aufsteigenden Aste des Unterkiefers und vom Zahnfortsatze aus; die necrotischen Stücke werden entfernt und Patientin am 18. Juli geheilt entlassen.

2. Huppert, Mina, 42 Jahre alt, aus Dilinghoven, aufgenommen am 19. August, leidet seit drei Monaten an Anschwellung der rechten Unterkieferhälfte. Dieselbe ist sehr stark aufgetrieben und hart. Es befinden sich unterhalb des Unterkieferrandes zwei Fisteln, und eine im Munde. Auf den ersten Blick macht die Geschwulst ihrer starken Auftreibung wegen den Eindruck eines Tumor; indess mit der Sonde gelangt man überall auf necrotische Splitter. Es werden drei grosse Splitter vom Körper des Unterkiefers entfernt, so wie der ganze Zahnfortsatz der rechten Hälfte. Die Heilung geht dann rasch von Statten und erfolgt die Entlassung am 5. September. Die Behandlung wird in der Ambulanz noch eine Zeitlang fortgesetzt.

Krankheiten der Kopfnerven

sind nur 8 verzeichnet; 4 männl., 4 weibl. und zwar 4 Neuralgien des Nervus supraorbitalis (2 männl., 2 weibl.). Dieselben standen alle auf dem Boden eines Wechselfiebers und wichen sehr rasch einer starken Dosis Chinin.

Drei Neuralgien des Nervus infraorbitalis (1. männl. 2 weibl.). Diese Fälle bieten insoweit einiges Interesse, als ich bei Allen Chloroform-Injectionen gemacht habe und zwar bei Zweien mit vollständigem Erfolge. Bei dem dritten war der Erfolg auch vollständig, indess es ereignete sich dabei ein Zufall der den Erfolg theilweise auch aus andern Gründen verständlich macht.

Frau Schieren aus Lamersdorf, 65 Jahre alt, leidet seit einer Reihe von Jahren, nach ihrer Angabe seit ihrer Jugend, an Neuralgia infra orbitalis. Wie ich aus persönlicher Bekanntschaft seit Jahren Gelegenheit hatte zu beobachten, ertrug sie ihr Leiden mit einer wahrhaft bewunderungswürdigen Geduld; denn der Schmerz war oft so überwältigend, dass die Standhaftigkeit der sonst so duldsamen Frau demselben doch mitunter zu erliegen drohte. Ich hatte derselben schon wiederholt die Resectio des Nerven vorgeschlagen, indess, da ich doch darauf aufmerksam machen musste, dass die Heilung eventuell nur eine vorübergehende sein könnte, so hatte dieser Umstand bis jetzt Patientin abgehalten, meinen Vorschlag zu acceptiren, bis endlieh der Schmerz sie doch übermannte und sie zu mir kam die Operation vornehmen zu lassen. Bevor ich dieselbe unternahm, zog ich noch eine Chloroform-Injection in Anwendung. Zehn Tropfen wurden in der Nähe des Foramen infraorbitale vom Munde aus injicirt. Es war am 7. November 1875. Von Stunde an war Patientin jedes Schmerzes ledig und war die Heilung von Dauer bis zum heutigen Tage, 15. Mai 1876. Gleich nach der Injection entsteht ein intensiver Schmerz, der etwa eine Viertelstunde anhält. Dann wird die Gesichtshälfte taub; man kann dieselbe nach Beli ben berühren und reizen, ohne einen Anfall hervorzurufen.

Der zweite Fall war:

H . . . aus Cöln, welcher auch schon seit einer Reihe von Jahren an dieser Neuralgie litt. Hier hatte die Injection auch einen augenblicklichen Nachlass des Schmerzes zur Folge, musste indess innerhalb vier Monaten noch zweimal wiederholt werden, wodurch der Schmerz so gering wurde, dass kaum noch Andeutungen desselben fortbestanden. Ende December stellte Patient sich wiederum ein, weil die Schmerzen stärker geworden waren.

Eine einmalige Injection genügte, um bis heute 13. April 1876, eine dauernde Heilung hervorzubringen.

Der dritte Fall betrifft ein Mädchen von 28 Jahren mit Namen Müller aus Cöln; selbige litt seit acht Jahren an den heftigsten Schmerzen, so dass sie oft Monate lang Nachts abwechselnd nur einige Minuten schlafen konnte, um dann wieder unter den fürchterlichsten Schmerzen aufzuwachen; denn der Schmerz hielt auf seiner höchsten Höhe immer nur einige Secunden an, sank dann kurze Zeit hindurch auf ein erträglicheres Maass hinunter, so dass Patientin einschlafen konnte, und blitzte dann immer wieder in den heftigsten Exacerbationen auf.

Behandlung: Injection von 10 Tropfen Chloroform in die Gegend des Foramen infraorbitale von der Mundschleimhaut aus. Der Schmerz dauerte noch einige Minuten, um dann mit Zurücklassung der erwähnten Taubheit in der Wange gänzlich zu schwinden. Andern Tages erschien Patientin mit dem Ausdrucke der grössten Freude und Dankbarkeit, weil sie in vergangener Nacht nach langer, langer Zeit zum ersten Male gut geschlafen habe. Indess bestand noch ein kleiner Schmerz in der Schleimhaut des vordern harten Gaumens. Dieser steigerte sich allmälich wieder, während derselbe in der Wange verschwunden war, so dass ich nach einigen Tagen wegen Zunahme der neuralgischen Schmerzen abermals zu einer Injection von 10 Tropfen schreiten musste. Ich machte dieselbe in's Palatum durum, den Umstand ganz bei Seite setzend, dass bei der festen Verbindung der Schleimhaut des harten Gaumens mit der Unterlage eine Flüssigkeitsmenge von 10 Tropfen wegen zu grosser Spannung vielleicht nicht irrelevant sein dürfe. Indem ich mir die Möglichkeit eines unglücklichen Zufalles wohl vorhielt, verlockte mich auf der andern Seite der bereits erzielte, glänzende Erfolg und die anscheinend so geringe Quantität der injicirten Flüssigkeit. Am andern Tage erschien Patientin mir hocherfreut mittheilend, dass der Schmerz nun ganz und gar verschwunden sei; ich dagegen war bitter enttäuscht, denn bei der Autopsie zeigte sich bereits eine starke Verfärbung des harten Gaumens. Es entwickelte sich jetzt allmälich eine Necrose dieses Knochens in der Ausdehnung eines Zwanziggroschenstückes. Der Ueberzug desselben wurde schwarz, zerfiel, die Zähne begannen zu wackeln; endlich lag ein Theil jenes Knochens in der Grösse eines Zehn-

groschenstückes bloss. Schon befürchtete ich eine grössere Ausdehnung der Necrose, indess es kam glücklicherweise nicht dazu. Der Knochen trieb allmälich wieder frische Granulationen, die Zähne mit Ausnahme eines einzigen festigten sich wieder, es vernarbte das Geschwür, und Patientin, welche mich bis heute 15. Mai 1876 noch häufiger besuchte, blieb dauernd vom Schmerze befreit.

NB. In diesem Falle muss der Erfolg der Medication allerdings theilweise auf Zerstörung von peripheren Nervenendigungen geschoben werden.

Eine Neuralgie des dritten Trigeminusastes ist verzeichnet.

Reinhards, Heinrich, 20 Jahre alt, Buchbinder aus Neuss, wurde am 15. Juli 1875 aufgenommen mit Neuralgia inframaxillaris. Auch hier wurde dieselbe Injection gemacht, und verliess Patient schon am 19. Juli 1875 das Hospital, indem er sich hergestellt erklärte. Ich habe Patient nicht mehr wiedergesehen und so fehlt für diesen Fall die Controle, wenn man nicht diesen Umstand selbst als günstiges Zeichen betrachten will.

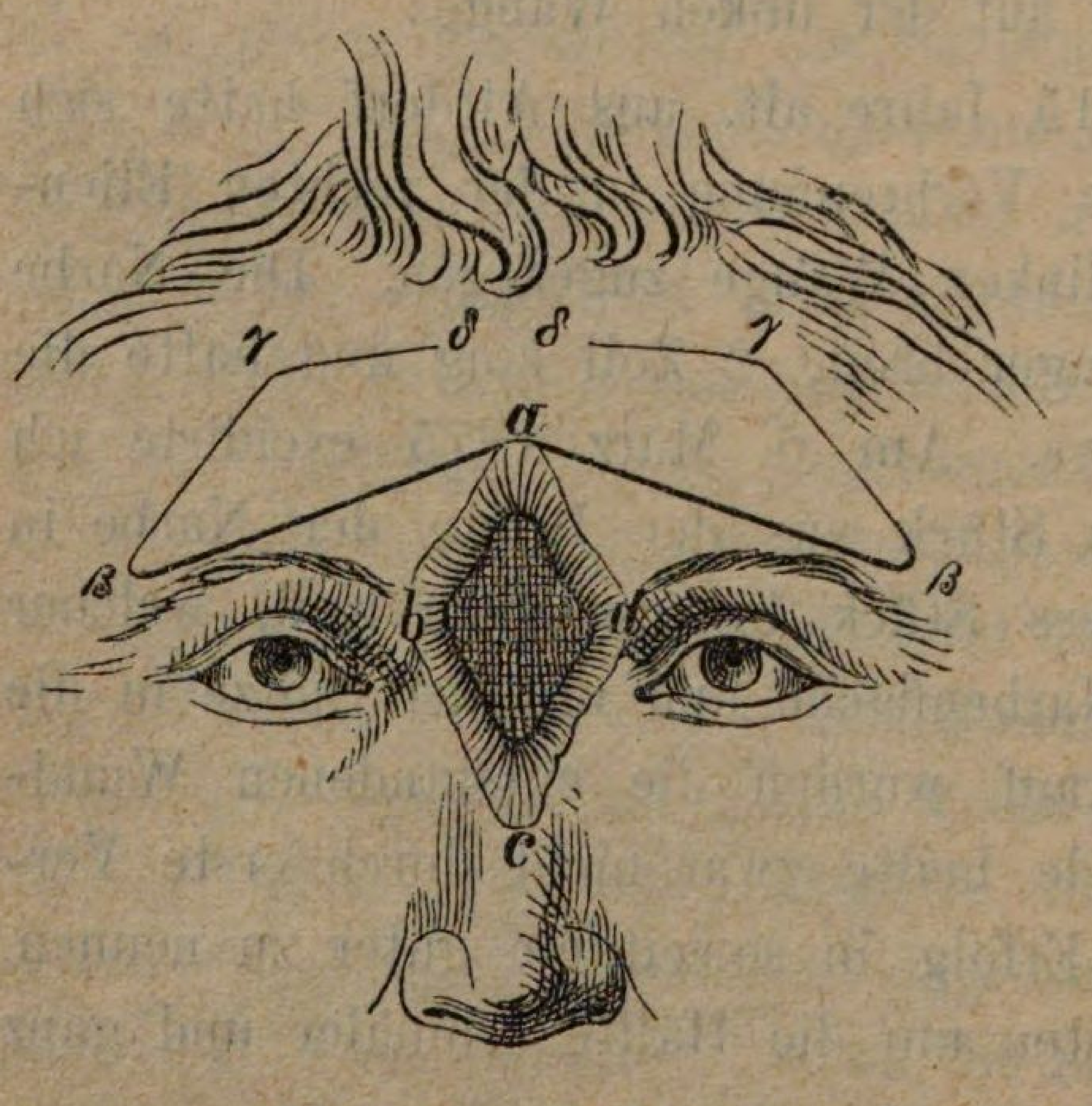
Narbenentstellung am Kopfe

kam 5 Mal zur Beobachtung bei 5 Männern. Der erste Fall betraf eine Narbenentstellung auf der linken Wange:

Frings, Christian, 15 Jahre alt, aus Altdorf hatte sich eine ausgedehnte und tiefe Verbrennung in der rechten Ellenbogenbeuge und auf der linken Wange zugezogen. Die Narbe der letzteren war 2—3 Finger breit, 2 Zoll lang und hatte die Dicke eines kleinen Fingers. Am 6. März 1875 excidirte ich ein $1\frac{1}{2}$—2 Finger breites Stück aus der Breite der Narbe in ihrer ganzen Länge. Dieses Stück bildete einen Keil, welcher mit der Basis gegen die Narbenfläche und mit der Spitze in die Wange hineinreichte. Darauf wurden die entstandenen Wundränder vereinigt; die Wunde heilte zwar nicht durch erste Vereinigung, indess war der Erfolg in soweit ein guter zu nennen, als die Narbe zum Mindesten um die Hälfte schmäler und ganz flach geworden war.

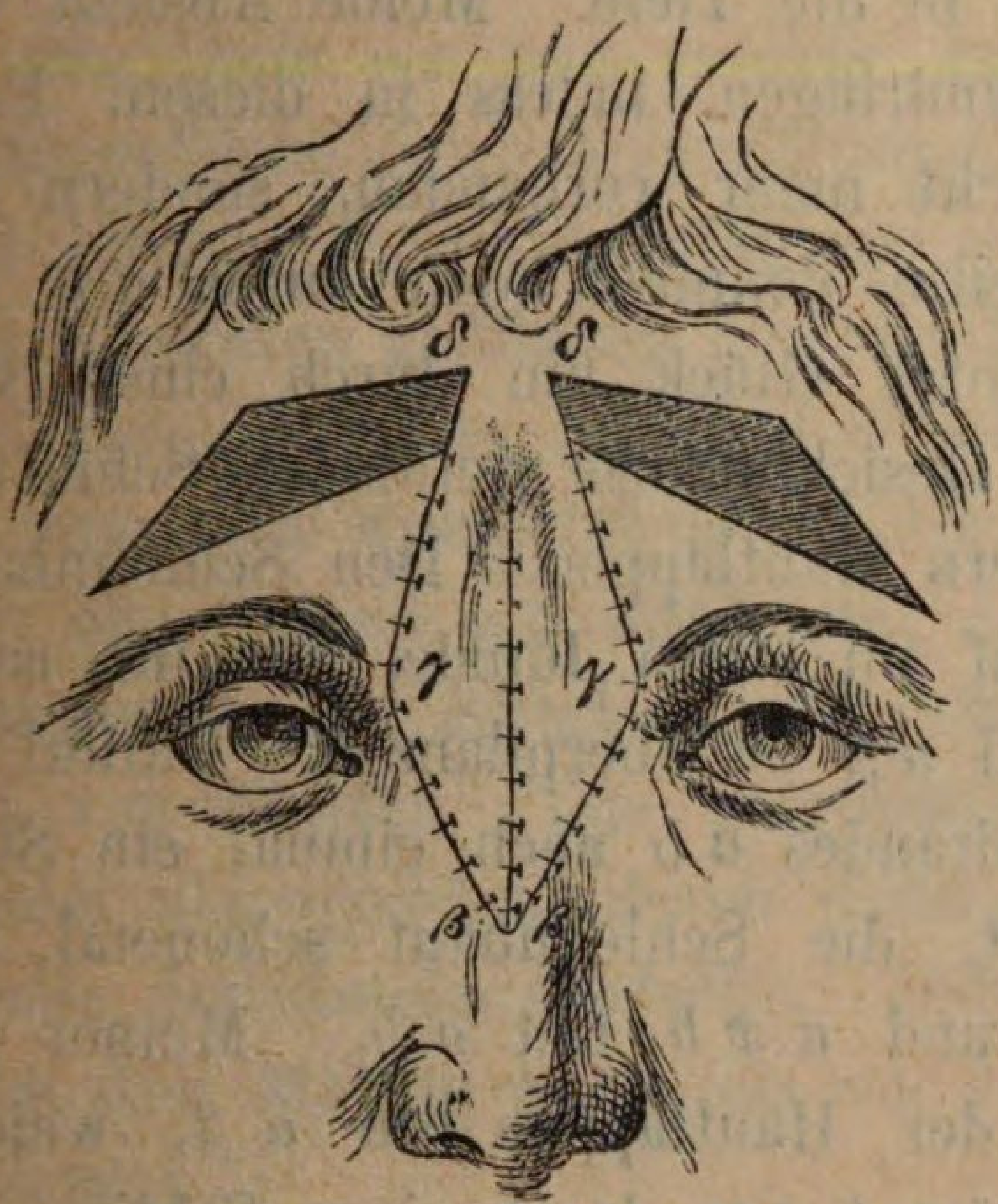
Zweiter Fall:

Engels, Bergmann aus Hastenrath, wurde vor 2 Jahren beim Sprengen des Gebirges von einem schweren Steinblock auf die Stirne getroffen. In Folge dieser Verletzung war derselbe Monate lang an's Bett gefesselt. Es entstand eine starke Eiterung und nachdem sich mehrere flache Knochensplitter abgestossen hatten, entwickelte sich unter allmälicher Abnahme der Eiterung eine Fistel, die im Mittelpunkte einer bedeutenden Vertiefung lag, welche die Gegend der Glabella und des Nasenrückens einnahm. Patient stellte sich in der Privatpraxis vor zum Zwecke einer kosmetischen Operation und der Heilung der noch bestehenden Fistel. Patient hat eine etwa 45 mm. lange und 40 mm. breite Vertiefung, welche die Gegend der Glabella einnimmt, deren grösster Durchmesser in der Quere verläuft, vom einem Arcus superciliaris bis zum andern. In der Mitte beträgt die Tiefe etwa 20 mm. und hier gelangt man durch eine Fistel mit der Sonde auf weichen Knochen. Eine einfache Transplantation würde in diesem Falle wenig genützt haben; denn da man zu diesem Zwecke die Unterlage hätte wund machen müssen, so würde man die Vertiefung noch vergrössert und durch Einpflanzung des Lappens wenig zur Hebung des Niveau beigetragen haben (vide schematische Figur 1 und 2). Ich umschnitt daher die Vertiefung etwa 5—10 mm. vom Rande entfernt bis auf den Knochen, rasirte so oberflächlich als möglich in flachen Zügen die Epidermis ab, präparirte von dem peripheren Schnitt *a b c d* aus die Haut so weit vom Knochen zum Centrum der Vertiefung hin ab, dass die Wundränder *a b c* u. *a d c* beim Versuche der Annäherung mit einander in Berüherung zu bringen



waren. Hierauf wurden die Ränder *a b c* und *a d c* mittelst Suturen vereinigt, wodurch die Vertiefung sofort fast in das

Niveau der umgebenden Haut gerückt wurde. Die Suturen liess ich dann nach unten hängen, so dass sie von dem transplantirten



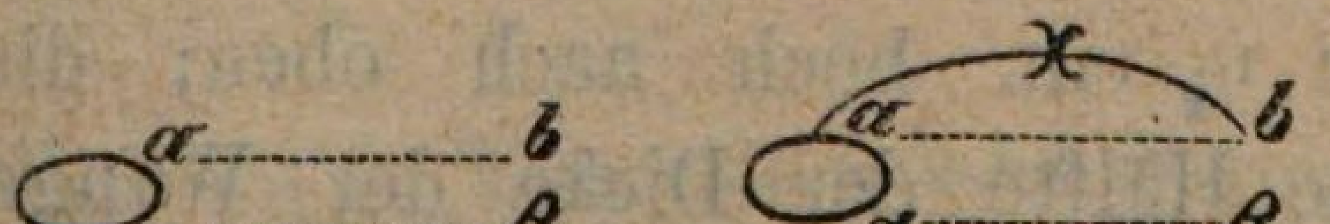
Lappen, von dem ich jetzt sprechen will, bedeckt wurden. Darauf pflanzte ich von den beiden Stirnhälften zwei grosse Lappen $\alpha\beta\gamma\delta$ und $\alpha\beta\gamma\delta$ über die defecte Stelle und vereinigte sie in der Mitte. Die vereinigten Lappen waren unmittelbar nach der Operation etwas höher als das Niveau der umgebenden Haut. Die Heilung ging sehr günstig von Statten, so dass nach ihrer Vollendung die Entstellung fast ganz beseitigt und der Nasenrücken um ein Bedeutendes gehoben war. Patient hat sich Mitte Mai d. J. noch ein Mal vorgestellt; die Vertiefung in der Glabella war ganz gehoben, die Entstellung dauernd beseitigt.

Dritter Fall:

betrifft einen langjährigen Patienten des hiesigen Hospitals.

Meinertshagen, Reinhold, 8 Jahre alt, aus Cöln, litt seit Jahren an Lupus des ganzen Gesichtes. Die Nasenspitze bis zum Knorpel fehlt ganz. Die Mundöffnung ist zusammengezogen, so dass nur noch ein Röhrchen von der Dicke eines dünnen Bleistiftes eingeführt werden kann. Die Sprache ist unverständlich, die Ernährung natürlich höchst mühsam, die Wange ist ganz glatt und derb, der Lippensaum höchst defect, nur von der Oberlippe noch etwas vorhanden, während sonst überall der Narbensaum der Wange nach Innen umgekrämpt ist.

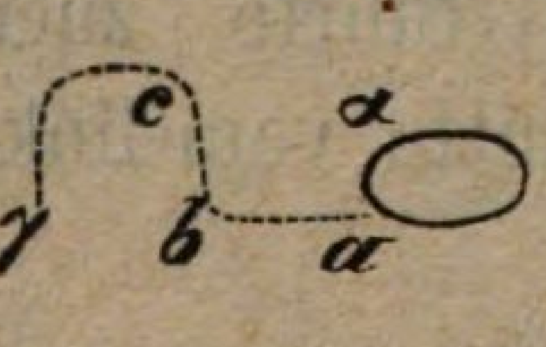
Operation am 27. November 1875. Ich führte zuerst zwei, 5 mm. von einander entfernte parallele Schnitte vom linken Mundwinkel etwa $1^1/_2$ cm. nach Aussen.



Die Schnitte durchdrangen nicht die ganze Dicke der Wange oder besser gesagt, ihres Narbengewebes, sondern gingen etwa nur bis auf die Hälfte in die Tiefe. Meine Absicht war bis auf die Schleimhaut vorzudringen, indess in diesem Falle war eine Schleimhaut gar nicht mehr vorhanden, sondern nur noch Narbengewebe, Ich theilte demnach den durch *a b α β* umschnittenen Lappen auf gutes Glück hin durch einen vom Mundwinkel aus parallel der Gesichtsfläche geführten Schnitt in einen Schleimhaut- und äussern Hautlappen. Den Schleimhautlappen durchschnitt ich hierauf am obern Rande, um ihn nachträglich auf den untern Rand *α β* zu überpflanzen. Darauf excidirte ich oberhalb des Wundrandes *a b* noch einmal ein Stück *a x b* aus der äussern Haut, die Schleimhaut schonend, und umsäumte den obern Wundrand *a x b* mit *a b*. Meiner Absicht nach sollte nunmehr der Hautlappen *a b α β*, welcher bisheran nach Aussen umgekrämpt war durch einen Schlitz, den ich parallel und in einiger Entfernung von *b β* durch die ganze Dicke der Wange legen wollte, $^1/_2$ cm. weiter nach Aussen von *b β* mit seiner Spitze *a α* hindurchgezogen werden; indess meine Absicht wurde dadurch vereitelt, dass das Läppchen sich so ausserordentlich zusammen gezogen hatte, dass es nicht einmal zur Umsäumung des Mundwinkels benutzt werden konnte. Mit Mühe gelang es mir, die Spitze im Mundwinkel zu fixiren.

Der Verlauf war ein günstiger. Der Mund erhielt allerdings nicht seine alte Grösse, indess beide Läppchen sind nach oben und unten angewachsen und der Mund ist um's Doppelte vergrössert worden.

Im Jahre 1876 habe ich dann noch nachträglich eine zweite Operation am rechten Mundwinkel vorgenommen. Dieses Mal ging ich während der Operation von dem ursprünglichen Plane, dieselbe in der eben dargelegten Weise auszuführen, ab, indem unter der Hand eine neue Idee, dieselbe auszuführen, auftauchte.



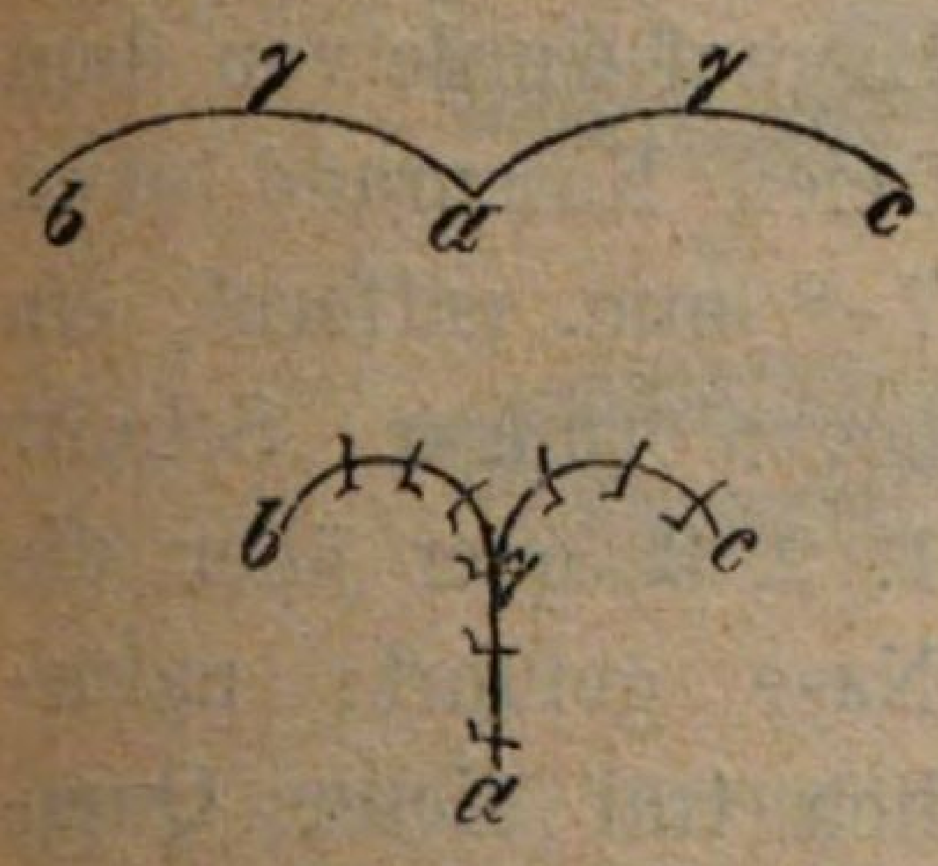
Vom unterm Ende *a* des rechten Mundwinkels *a α* führte ich einen horizontalen Schnitt *a b* nach Aussen und vom Punkte *b* einen senkrechten *b c* $^1/_2$ cm. hoch nach oben; die Schnitte gingen nur bis auf die Hälfte der Dicke der Wange. Hierauf theilte ich mit einem horizontal zur Gesichtsfläche gehaltenen Messer un-

gefähr in der Mitte zwischen Schleimhaut und äusserer Haut den durch *a b c α* umgränzten Lappen in einen vordern Haut- und hintern Schleimhautlappen. Den Schleimhautlappen umschnitt ich in der Linie *α c* und machte darauf von *c* aus an der innern Wangenfläche einen bogenförmigen Schnitt *c γ*. Das Stück *α c γ* des hintern Schleimhautlappens wurde durch einen zur Ebene des Gesichtes geführten horizontalen Schnitt von der Haut gelöst und nun gelang es leicht, den Schleimhautlappen *α c γ* zur Umsäumung des Mundwinkels und des untern Randes *b a* zu benutzen. Der obere Rand *α c* wurde mit dem äussern Hautlappen *a b c α* umsäumt. Der Effect ist ein guter; die Heilung ging im Ganzen gut von Statten. Das ursprüngliche Resultat wurde allerdings wieder abgeschwächt durch einen ulcerösen Process, der sich am Rande des Mundes einstellte. Indess ist der Mund zum Mindesten doch drei Mal so gross, als vor der Operation; (vide Zeichnung 1 Anhang).

Vierter Fall:

Ectropium und starke Verkürzung der Oberlippe durch Narben nach Lupus.

B . . ., Peter, 34 Jahre alt, Schiffer, hatte in Folge syphilitischer Gummata einen Defect der Nase und starke Verkürzung der Oberlippe. Die Lippe war zudem ectropionirt. Ich hatte die Absicht zuerst die Lippe zu erhöhen, um aus derselben nachher das Septum zu bilden. Zu diesem Zwecke machte ich bogenförmige Schnitte vom Septum aus *a b* und *a c* und vereinigte darauf die innern Stücke der Bogen miteinander *a γ* mit *a γ* 1. Der Verlauf war ein günstiger und wurde Patient nach 14 Tagen mit verlängerter Oberlippe entlassen.



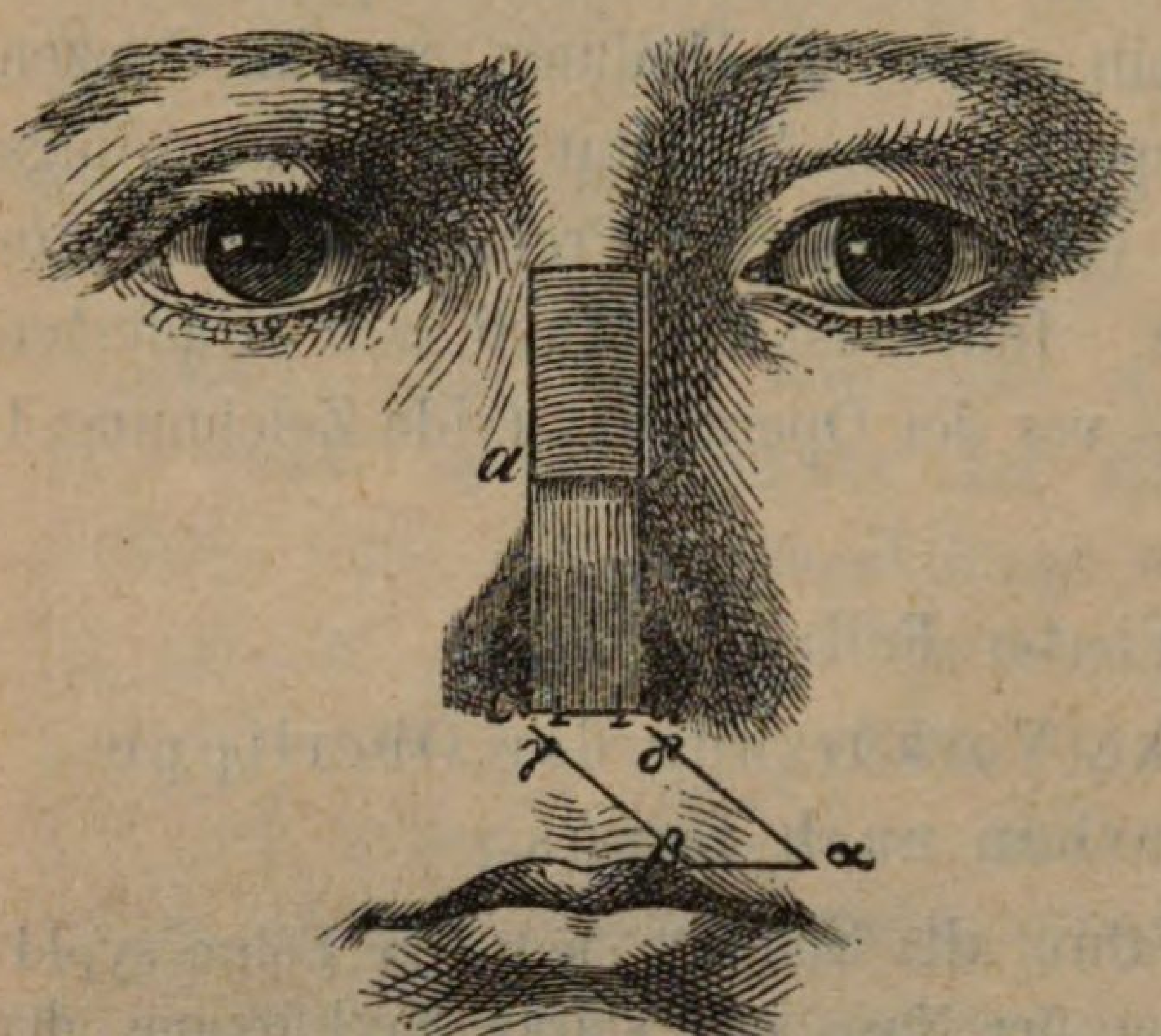
Die Operation der Nasenbildung soll später vorgenommen werden.

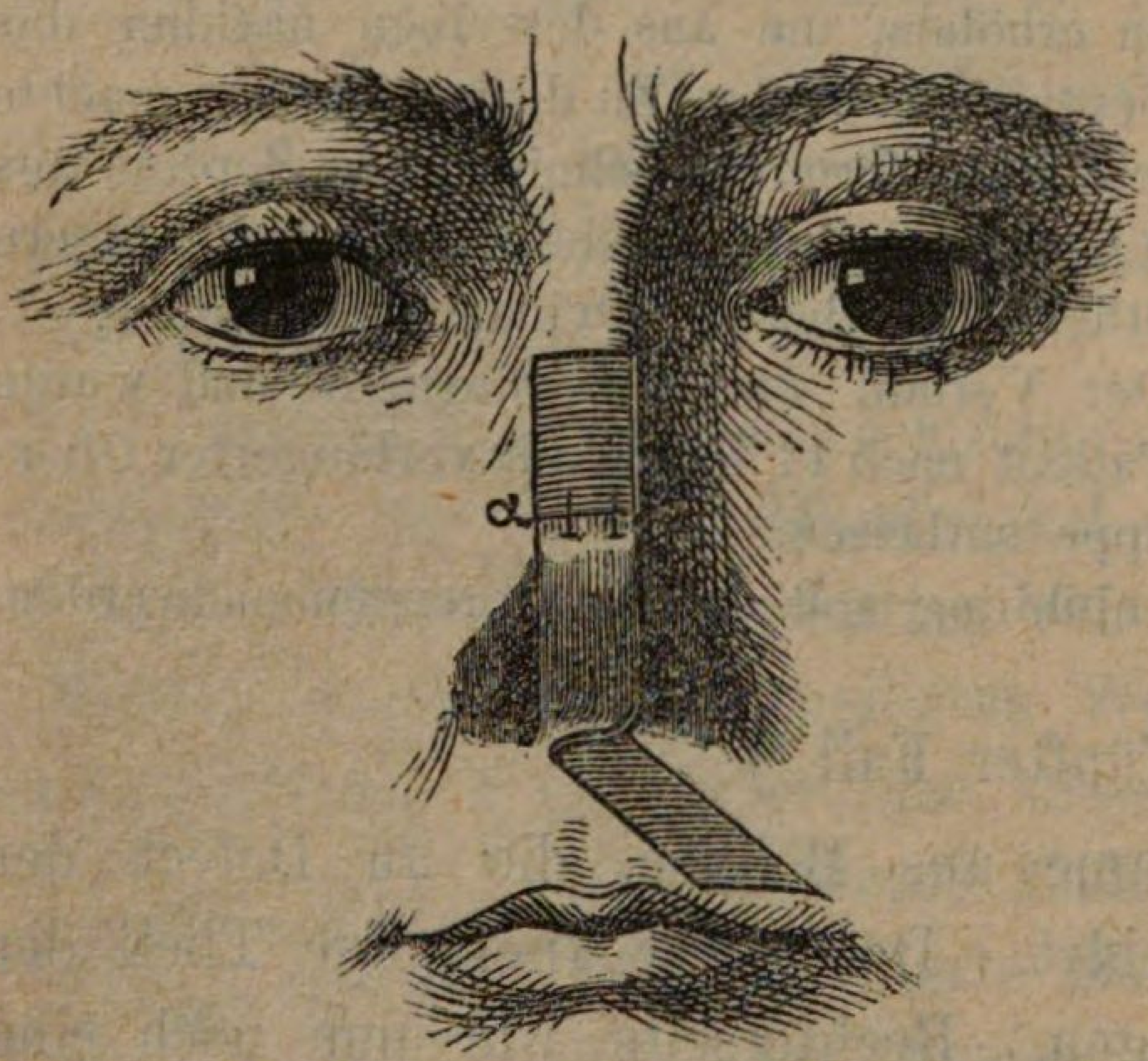
Fünfter Fall *)

betrifft eine 28jährige Dame aus Belgien, die an Defect der Nasenspitze post Lupus leidet. Der ganze knorpelige Theil der Nase war verloren gegangen. Rechterseits war nur noch eine

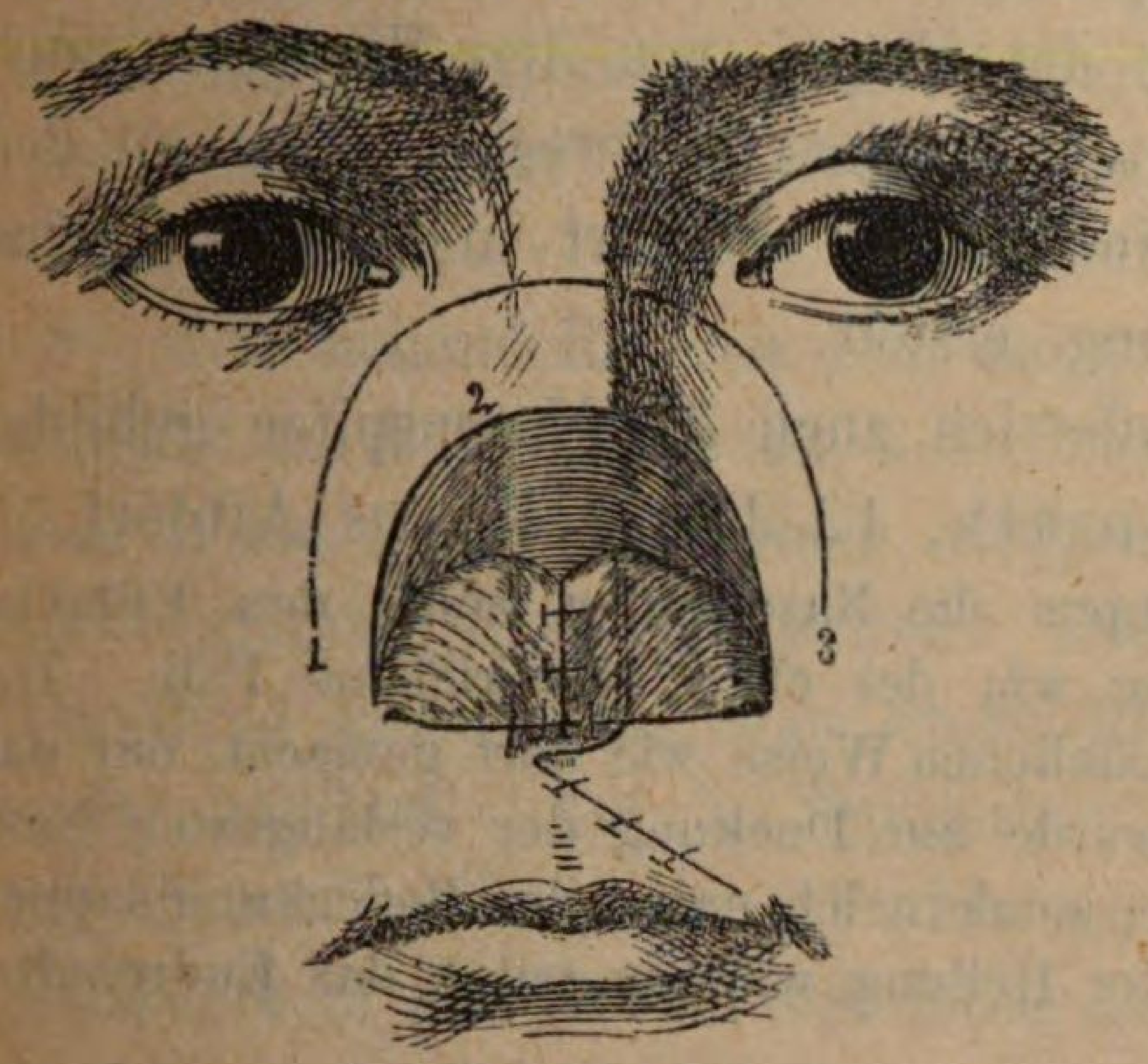
*) Dieser Fall sowie der Folgende werden Gegenstand einer Dissertation und also noch genauer beschrieben werden.

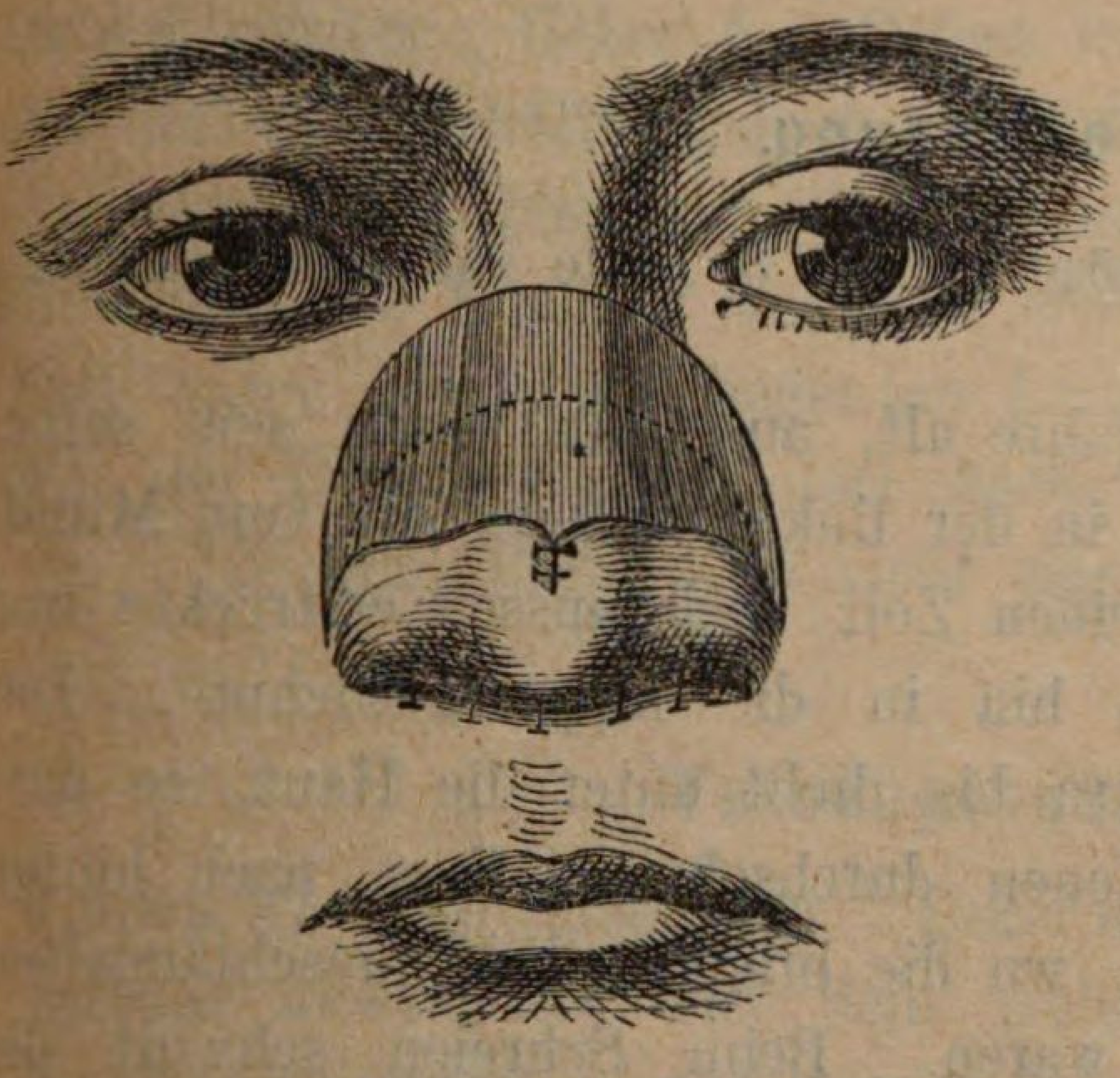
Andeutung des Flügels vorhanden, welcher indess stark nach Oben gezogen war. Vorerst führte ich von der Nasenspitze *a b* aus zwei 4—5 mm. von einander entfernte parallele Schnitte über den Nasenrücken nach Oben, etwa 15 mm. lang. Darauf schnitt ich aus der Lippe ein Septum $\alpha\,\beta\,\gamma\,\delta$; unterhalb dieses Läppchens vereinigte ich die Wundränder in der Mitte. Hierauf wurde der Rest des Septum wund gemacht und ebenfalls die Oberfläche des oberen Nasenrücken-Läppchens, das Läppchen selbst umgeklappt und mit seiner der Epidermis beraubten Fläche an das wundgemachte Septum angenäht. Darauf wurde das Läppchen $\alpha\,\beta\,\gamma\,\delta$ so gedreht, dass die Epidermisfläche nach unten sah, und über das aus dem Nasenrücken entnommene nach unten umgeklappte Läppchen gelegt und dort angenäht. Somit war das Septum um ein ganz Bedeutendes verlängert. Hierauf wurde von dem freien Nasenrand etwa 7-8 mm. entfernt, ein bogenförmiger Schnitt 1, 2, 3 quer über die Nase geführt; natürlich traf dieser Querschnitt auf dem Nasenrücken den Defect. Diese umgrenzten Läppchen wurden noch bis in unmittelbarer Nähe des freien Nasenrandes von ihrer Unterlage soweit los präparirt, dass sie sich gut umklappen liessen, dann wurden die beiden Wundränder des Defectes, (welcher durch die Um-





klappung des Nasenrückenläppchens entstanden war), theils über dem Septum, theils an dessen freiem seitlichen Rande, theils an ihrer Spitze unter sich verbunden, so dass die Nase jetzt um ein Bedeutendes verlängert erschien. Nachdem die Läppchen hinlänglich fixirt waren, führte ich etwa 12 mm. entfernt vom obern Wundrande 1, 2, 3 einen zweiten nach oben convexen Bogenschnitt, wodurch ich einen Lappen mit zwei seitlichen Brücken erhielt. Der Lappen wurde von der Unterlage los präparirt, bis er sich hinlänglich nach unten ziehen liess und hierauf über die umgeklappten Läppchen und das Septum gezogen und mit der untern Begrenzung der künstlichen Nase 1, 2, 3 vereinigt. Damit der Brückenlappen gehörig beweglich wurde, war es nöthig, den obern Schnitt seitlich in die Wange hineinzuführen. Da der obere Rand des Brückenlappens wegen der Convexität des obern Schnittrandes länger war und sich aufbauschte, so verkürzte ich ihn dadurch, dass ich die untere Fläche des Brückenlappens im mittleren Theile durch eine Sutur näherte, und dadurch eine aufrechtstehende Falte bildete.





Durch eine Excision eines Dreieckes würde ich dasselbe erzielt haben, indess hätte zweifelsohne die Ernährung des ohnehin narbigen Lappens dadurch gelitten. Die Heilung ging sehr gut von Statten und das Resultat war ein schönes zu nennen.

Die Nase war bedeutend verlängert und erhöht; sie reichte bis in die Höhe, die die Nasenspitze für gewöhnlich einnimmt; die ganze Nase war nur etwas plump, es fehlte an den Seitenrändern die bogenförmige Abhebung der Flügel von den Wangen; auch die Spitze war plattgedrückt. Zu diesem Zwecke wurde an den genannten Stellen eine kleine Ellipse excidirt und dadurch eine ganz bedeutende Verbesserung erzielt.

In ähnlicher Weise habe ich auch die Nasenspitze gebildet bei einem Mädchen Frauenrath, 12 Jahre alt, aus Altdorf. Selbige verlor durch Lupus die Nasenspitze nebst den Flügeln, nicht ganz in der Ausdehnung wie der eben beschriebene Fall. Die Operation wurde aber in der nämlichen Weise wie dort gemacht, nur das kein Brückenlappen gebildet wurde zur Deckung der verlängerten Nase in der dort angegebenen Weise, sondern ich nahm den Bedeckungslappen aus der Stirne. Der Verlauf der Heilung war ein guter, das Endresultat ein sehr schönes.

Neubildung.

Neubildungen, rein cavernöse kamen 3 Fälle zur Beobachtung.

1. Reinhards, 4 Jahre alt, aus Cöln, hatte seit seiner Geburt eine Anschwellung in der linken Wange, die vom Mundwinkel anhob, sich etwa einen Zoll nach aussen erstreckte und sich ebenfalls nach unten hin in die Lippe ausdehnte. Das Cavernom reichte nach vorn bis dicht unter die Haut, so dass diese die geschlängelten Venen durchscheinen liess, nach hinten bis unter die Schleimhaut, wo die breiten, dicht geschlängelten Venen ebenfalls sichtbar waren. Beim Schreien schwoll die Wange sichtlich an. Die Behandlung bestand in Injection einer Lösung von Wasser mit Tinctura ferri sesquichlorati 1:14; 10 bis 20 Tropfen pro Dosi. Diese Injection wurde alle Wochen wiederholt; nach der Injection liess ich kalte Umschläge machen. Auf solche Weise ist es gelungen das Cavernom zu einem festen Bindegewebsstrange in kurzer Zeit dauernd umzuwandeln.

Der zweite Fall betraf den 11jährigen Knaben H. Neuhaus, aus Aldenhoven. Die Geschwulst war angeboren und in letzter Zeit bedeutend gewachsen. Sie hatte nun die Grösse eines Hühnereies und erstreckte sich von der Nasenwurzel unterhalb

der Lidspalte, das Augenlid mit einnehmend, über den Oberkiefer hin bis zum äussern Aussenwinkel nach unten, bis in die Gegend der Nasenspitze. Die Geschwulst war sehr prominent, die Venen lagen dick, korkzieherartig geschlängelt unter der Haut; die Gefässe waren nicht mit Bestimmtheit in die Orbita hinein zu verfolgen.

Ich behandelte den Fall zuerst wie den obigen und überschickte zu diesem Zwecke den Patienten wiederum seinem behandelnden Arzte zu. Nach einigen Monaten kehrte er zurück zur Vornahme der Exstirpation. Die Geschwulst war hart und bedeutend kleiner, an einer Stelle hatte sich ein kleiner Abscess in ihr gebildet. Am 5. September 1875 excidirte ich dieselbe. Die Operation war eine sehr blutige; in die Knochen sowohl wie besonders in die Orbita mündeten dicke Gefässe, die Blutstillung machte einige Schwierigkeit; es mussten zahlreiche Ligaturen angelegt werden. Ueber den Defect wurde ein grosser Lappen aus der linken Stirnhälfte gelegt, die Brücke desselben lag dem linken Augenwinkel gegenüber. Der Verlauf war ein günstiger. Trotz dem dass die Eiterung unterhalb des Lappens durch die massenhaft unter demselben liegenden Ligaturen eine sehr starke war, war der Lappen nachher doch flach und nicht gewulstet.

15. Mai, Recidiv ist nicht eingetreten.

Teleangiectasien

wurden 27 Fälle verzeichnet. Unter diesen ist ein Kind gestorben, welches abweichend von dem früher beschriebenen Verfahren der Unterbindung operirt worden ist.

Christmann, Lydia, 1 Jahr alt, wurde am 15. Januar 1875 aufgenommen mit Teleangiectasie in der linken Wangengegend von der Grösse eines Zehngroschenstücks. Behandlung: Excision in Form eines Viereckes und Ueberpflanzung eines viereckigen Lappens mit einer nach aussen ausgezogenen Spitze. Durch die nach aussen ausgezogene Spitze wird der Verschluss des nachher entstehenden Defectes viel leichter. Das Kind starb am folgenden Tage an acutem Magendarmcatarrh und Krämpfen; an der Operationsstelle war nichts zu bemerken.

Die übrigen Teleangiectasien wurden alle in der früher angegebenen Weise durch Unterbindung behandelt, und zwar meist ambulatorisch; der Verlauf war stets ein günstiger.

Atherome

wurden fünf im Gesichte beobachtet und exstirpirt.

3 männl., 2 weibl.

Zweimal wurde eine Warze exstirpirt bei 2 Weibern.

Dreimal wurde bei 3 Männern eine sogenannte Epulis mit dem betreffenden Theile des Processus alveolaris mittelst einer Zange abgekniffen und hierauf das Ferrum candens aufgesetzt. Heilung wurde stets erzielt.

Carcinome

des Gesichtes sind 12 verzeichnet; 8 männl., 4 weibl. und zwar vier an der Nase, wovon einer zwei Mal aufgeführt wird als Recidiv. Dem Geschlechte nach vertheilen sie sich sieben Mal an der Lippe stets bei Männern, die andern bei Frauen.

Dem Alter nach:

6 zwischen 50 und 60 Jahren,
5 „ 60 „ 70 „
1 „ 70 „ 80 „ .

Als Ursachen sind aufgeführt: drei Mal Traumen, vier Mal Rauchen aus irdenen Pfeifen.

1. Cremer, Cath., geb. Kastenholz, 53 Jahre alt, war vor 20 Jahren auf die rechte Nasenbeingegend gefallen. Seit 14 Jahren leidet sie an Wundsein der rechten obern Nasengegend. Es ist daselbst eine ulcerirte Stelle von 1 Zoll Höhe und $^3/_4$ Zoll Breite.

3. August 1875. Aufnahme. Behandlung: Excision und Transplantation eines Lappens aus der rechten Stirngegend mit Brückenlegung nach dem innern linken Augenwinkel hin. Verband nach Thiersch.

14. September. Geheilt entlassen.

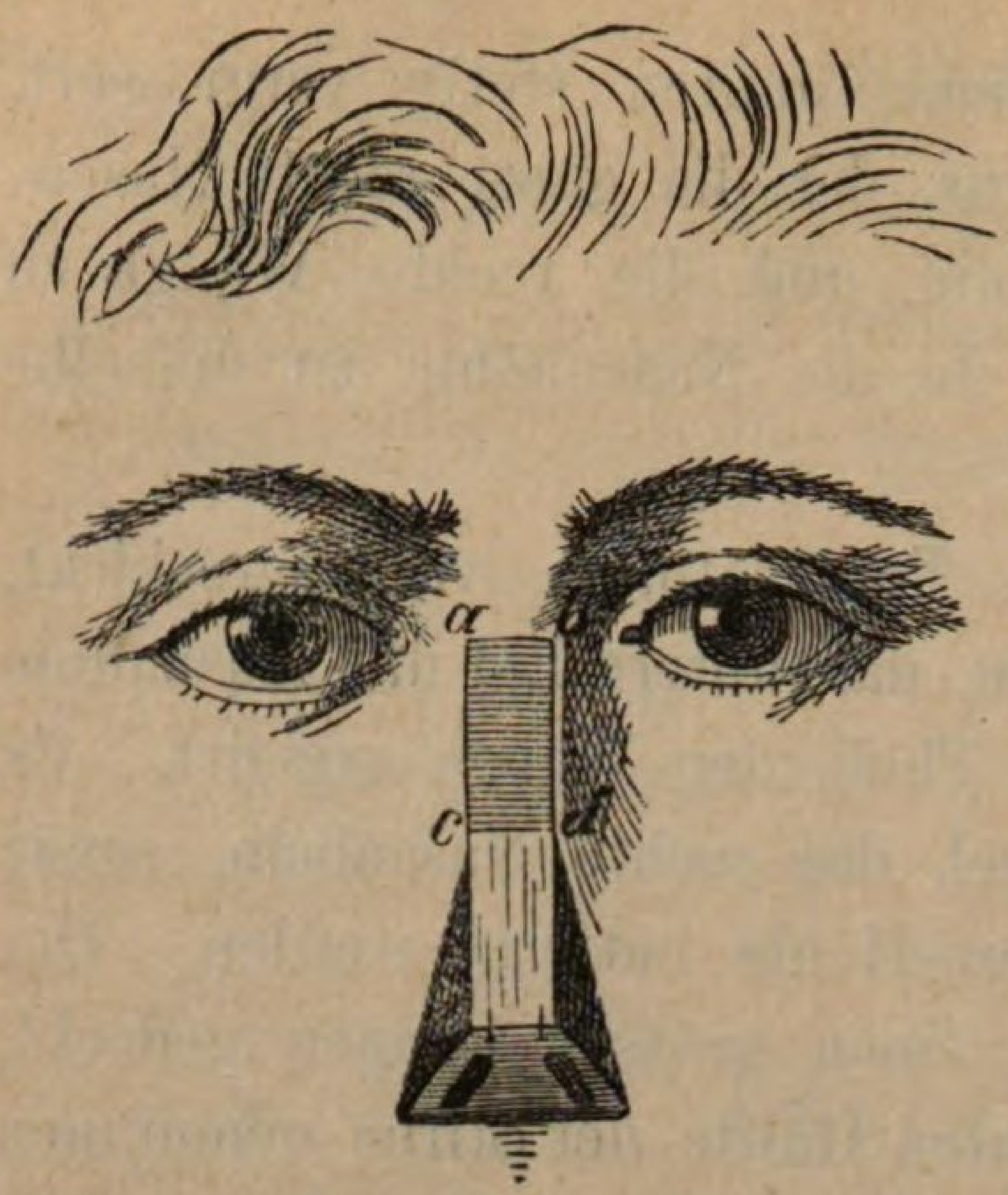
2. Fuchs, Gertrud, 63 Jahre alt. 29. December 1874 aufgenommen. Patientin, welche ausserordentlich schwach ist, will vor Jahren in der Gegend der jetzigen Affection sich mit einem Dorne verletzt haben. Zu bemerken sei damals nichts gewesen, doch habe dauernd ein stechendes Gefühl an verletzter Stelle bestanden. Erst nach vier Jahren habe sich aus einem an der Oberfläche exulcerirendem Knötchen das jetzige Leiden

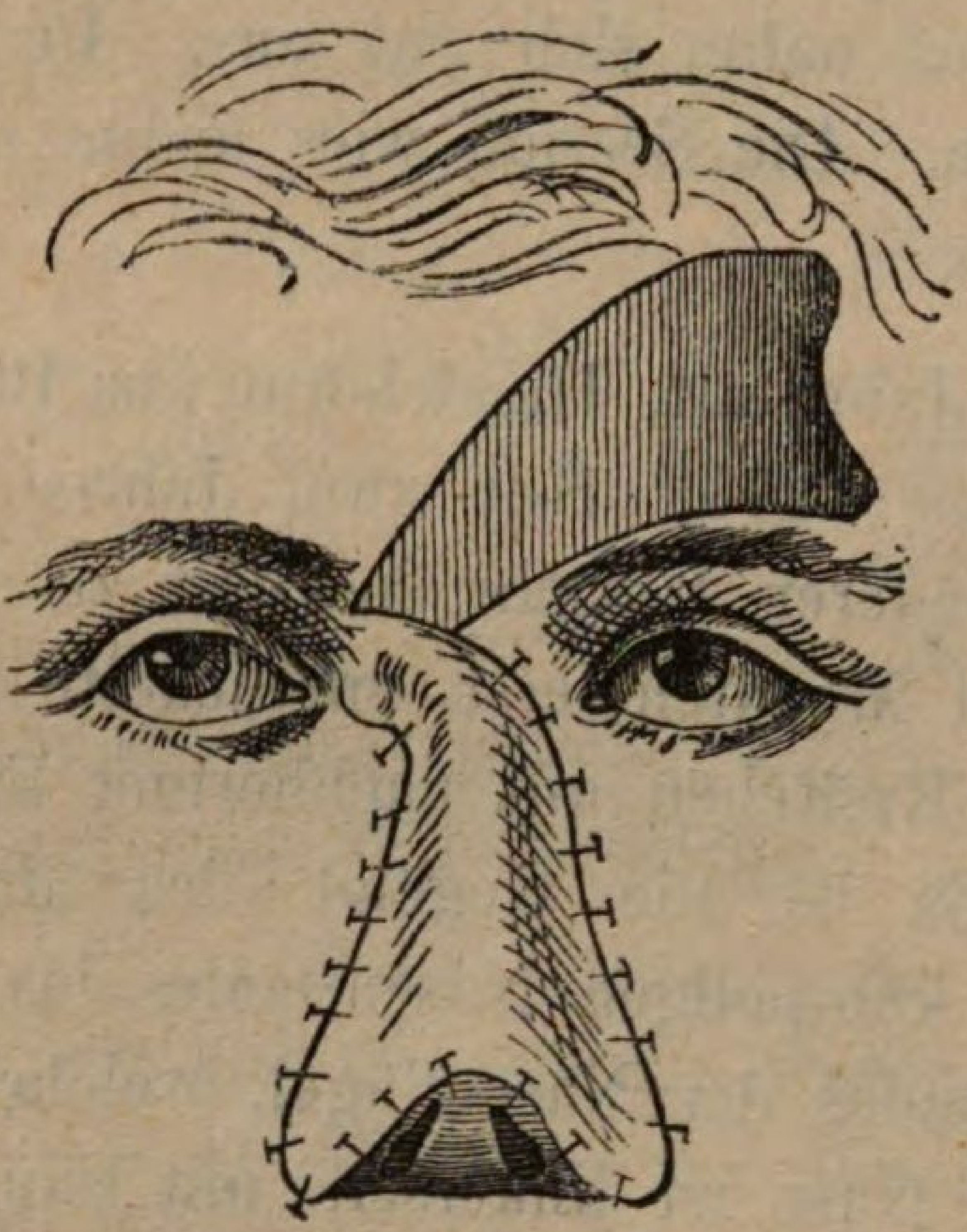
entwickelt, das sich nun seit neun Jahren stetig vergrössert. Dasselbe besteht aus einem Fungus, der die ganze rechte Nasenhälfte, das rechte untere Augenlid und die rechte Wange zu einem grossen Theile einnimmt. In die Nasenhöhle ist derselbe ebenfalls schon eingedrungen.

4. Januar. Nachdem die Tracheotomie vorausgeschickt, wird die ganze rechte Nasenhälfte, das untere Lid mit Ausnahme des Lidrandes sowie ein grosser Theil der Wange excidirt. Es mussten überdies der Nasenknorpel, das rechte Nasenbein, sowie die vordere Platte der Highmors-Höhle entfernt werden. Der ganze Defect wurde dann durch einen grossen Lappen gedeckt, welcher aus der Mitte und der rechten Hälfte der Stirne genommen war. Abends befand Patientin sich recht wohl. Temperatur 37,4. Der Lappen war warm und nahm sich gut aus. In der Nacht tritt plötzlich der Tod ein. Die Section wies nichts nach als hochgradigen Marasmus.

3. Klemm, Christine, 50 Jahre alt, Handelsfrau aus Bliesheim, aufgenommen am 5. Januar 1875. Seit zwei Jahren litt Patientin, ohne sich einer besonderen Ursache bewusst zu sein, an Nasenverstopfung. Seit drei Monaten erst entwickelte sich an der jetzt afficirten Stelle ein Knötchen mit nachheriger Exulceration und Borkenbildung. Es ist die Gegend des linken Nasenbeines, sowie des ganzen knorpeligen Nasentheiles bis zur Nasenspitze exclus. des untern Randes der Nasenflügel, welche der exulcerirte Tumor einnimmt. Die Nase ist linkerseits mit Fungusmasse ausgefüllt.

Am 7. Januar wurde die Operation vorgenommen. Es wurde das erkrankte Gewebe mit Erhaltung der Nasenspitze zu excidiren gesucht. Dabei fiel der ganze knorpelige Theil, das linke Nasenbein, der Vomer, die beiden Muscheln zum grössten Theile fort. Es war jetzt die Aufgabe, diese Höhle zu überbrücken. Von dem Gedanken ausgehend, dass ein einfacher Stirnlappen stark einsinken müsse, da es ihm an Halt nach hinten fehle, schnitt ich zuerst das Läppchen *a b c d* vom übrig gebliebenen Nasenrücken aus, so dass es bei *b d* mit der Unterlage in Verbindung blieb. Die Seitenschnitte *a b* und *c d* blieben bei *c d* eine Linie etwa von dem Wundrande entfernt, so dass für





die Ernährung des Läppchens gesorgt war. Hierauf wurde der Lappen *a b c d* umgeklappt und *a b* auf die an der Oberfläche angefrischte Spitze genäht; darauf wurde in der gewöhnlichen bekannten Weise ein Lappen aus der linken Stirngegend genommen, dessen Brücke dem rechten Augenwinkel gegenüber lag. Die Heilung ging sehr gut von Statten; indess schnitten in diesem Falle, wie so oft, die Catjutfäden rasch durch.

20. Januar. Geheilt entlassen.

Die Nase war höchst wenig eingefallen; die Nasenspitze nur etwas nach oben gezogen.

4. Frau Klemm wird am 17. Juni mit einem Recidiv aufgenommen. Dasselbe lag über dem rechten Nasenflügel, drang tief in die Knochen des Processus nasalis des rechten Oberkiefers und des rechten Nasenbeines; beide Knochen mussten resecirt werden. Der transplantirte Lappen war sonst gesund; der entstandene Defect von Thalergrösse wurde aus der Wange gedeckt durch einen viereckigen Lappen, der mit lang ausgezogener Spitze nach unten und aussen lag, während die Brücke gegen den rechten Augenwinkel gerichtet war.

Am 29. Juli geheilt entlassen.

Es bestand kein Ectropium.

5. Schindeler, Catharina, 63 Jahre alt, aus Jülich. Am 29. Juni 1875 aufgenommen mit einem Geschwür, welches seit 6 Jahren bestand und den rechten Nasenflügel occupirte. Da die Spitze des Ulcus kaum die Incisura pyriformis erreichte, so transplantirte ich in diesem Falle vom linken Nasenflügel; der Lappen starb jedoch ab. Ich wartete nun, bis die Wunde mit guten Granulationen bedeckt war und pflanzte dann am 2. August einen Lappen aus der rechten Stirngegend hinüber mit Lagerung der Brücke gegenüber dem linken Augenwinkel. Dieser heilte durch erste Vereinigung und ging auch sonst die Heilung sehr gut von Statten, so dass Patientin am 21. August entlassen werden konnte.

6. Lüttgen, Johann, 54 Jahre alt, Buchdrucker aus Cöln, am 3. Mai 1875 aufgenommen.

Vor zwölf Jahren entstand beim Patienten auf der linken Wange eine kleine Warze. Gegen dieselbe flog kurze Zeit nachher das Stück eines Meissels, so dass die Warze sehr blutete und von dieser Zeit an einen bösartigen Charakter annahm. Es ist nun ein zehn Groschen grosses Ulcus mit harten Rändern entstanden, welches unterhalb des Augenlides liegt. Dasselbe wird excidirt und aus der seitlichen Wangengegend vor dem Ohre ein Lappen übergepflanzt. Dieser heilt sehr gut an, indess entwickelt sich unter demselben eine 14 Tage andauernde Eiterung, am 29. Mai wird Patient geheilt entlassen; doch hat der Lappen sich etwas gewulstet und besteht ein leichtes Ectropium des untern Lides.

Patient hat sich im Mai 1876 nochmals vorgestellt mit starkem Ectropium des unteren Lides.

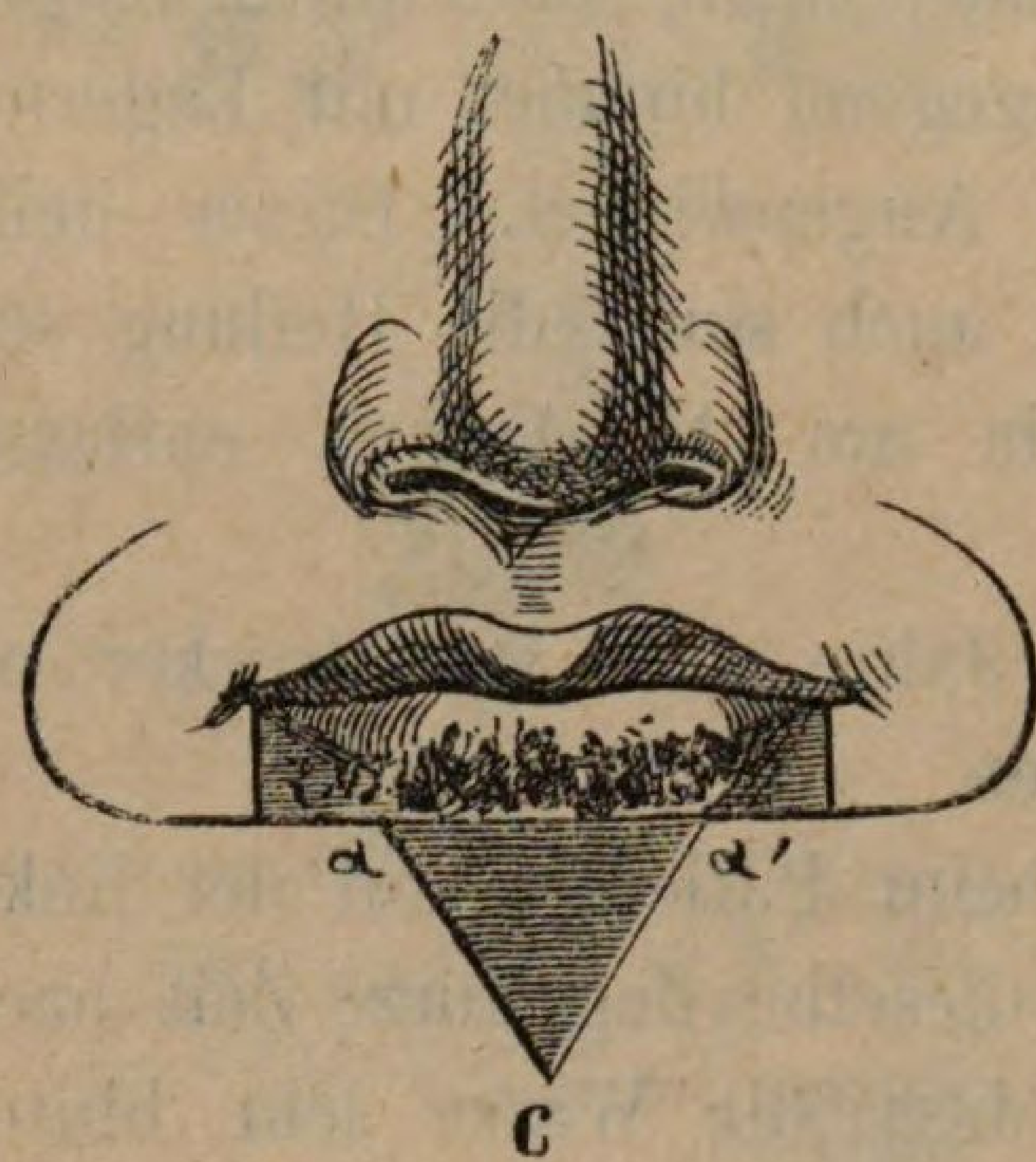
Um dasselbe zu heben habe ich von der linken Stirnhälfte einen fingerbreiten Lappen dessen Brücke nach dem rechten Augenwinkel hin gelegen war, in den Defect gepflanzt, welcher entstanden war, durch die Incision des oberen Lappenwandes und Hebung des untern Augenlides.

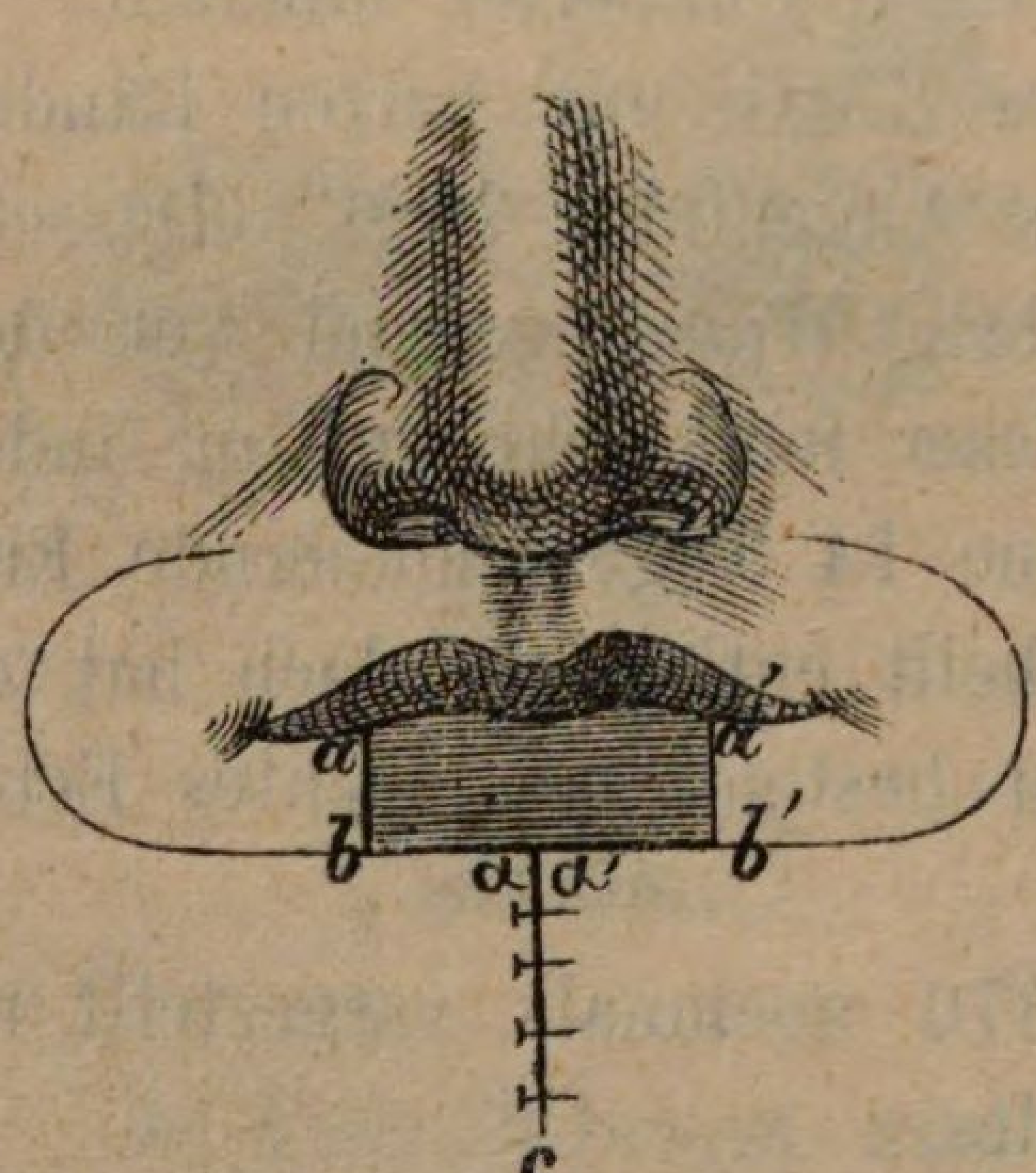
Die Heilung ging sehr gut von Statten und der Effect gegen das Ectropium war ein vollkommen gelungener und dauernder.

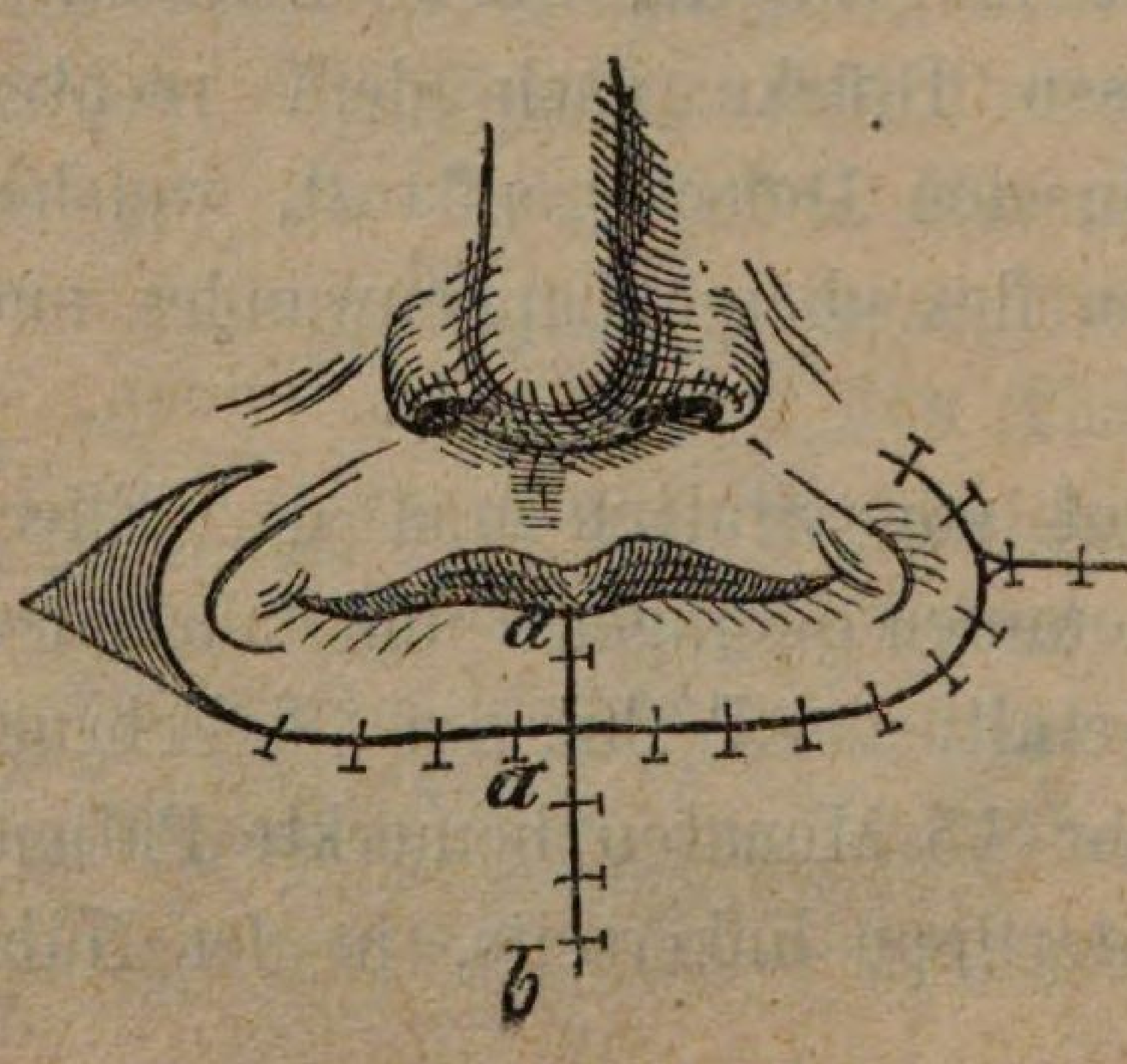
7. Gorgens, Joh., 58 Jahre alt, aus Wahn, am 18. Februar 1875 aufgenommen. Vor ungefähr 15 Monaten bemerkte Patient ein kleines Knötchen an der Unterlippe linkerseits, in der Nähe

des Mundwinkels an der Stelle, wo er gewöhnlich seine irdene Pfeife zu tragen pflegt. Gegenwärtig nimmt das Ulcus fast die ganze Unterlippe ein.

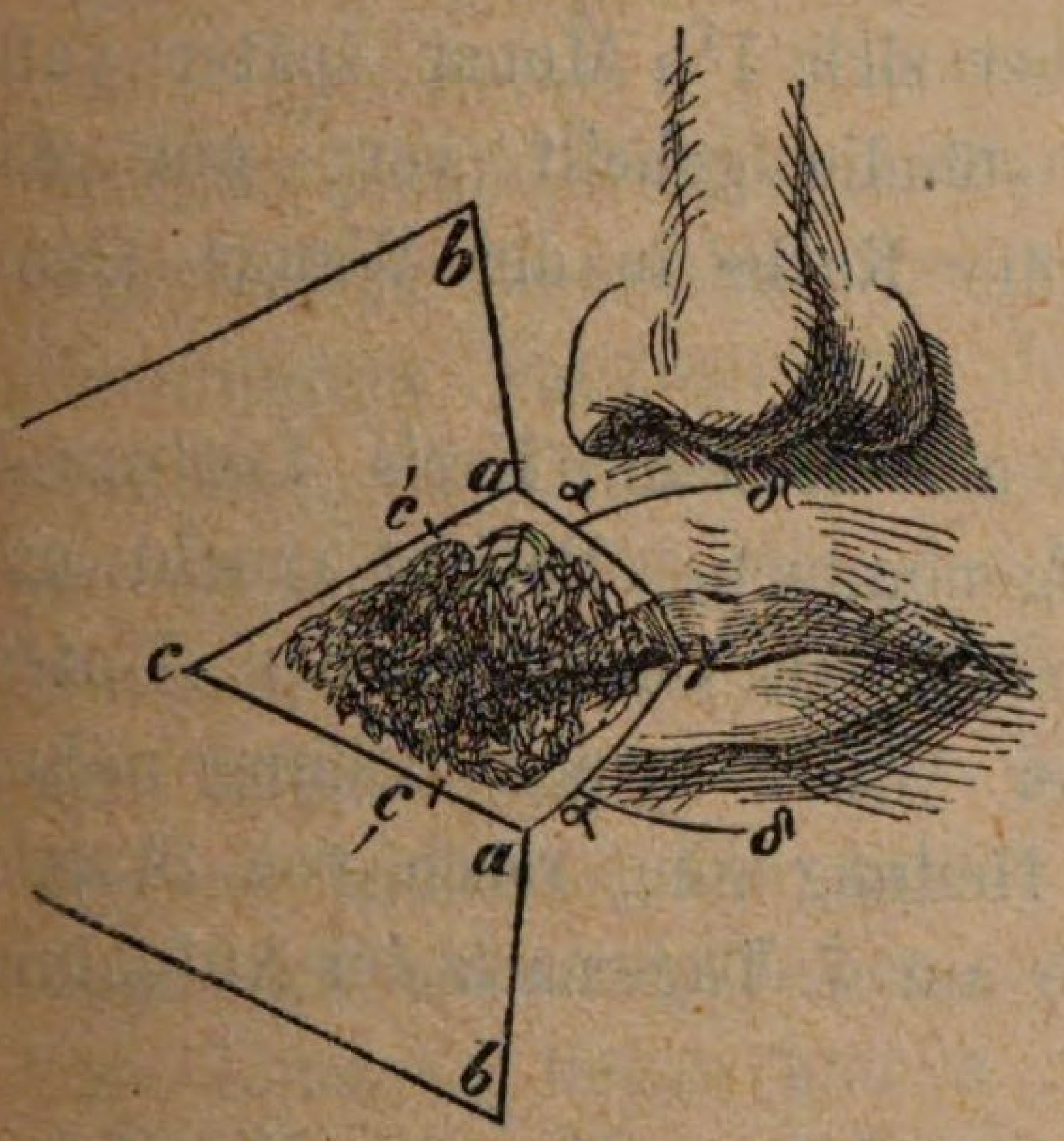
Am 18. Februar wird die ganze Unterlippe exstirpirt in der Breite von 1 cm. und zudem noch in der Mitte ein gegen das Kinn hin zugespitzter Keil *a c a'*. Dieses Dreieck wird nun zuerst geschlossen. Hierauf führte ich zwei horizontale Schnitte von *a* und *a'* nach aussen und dann in der bekannten Weise zwei bogenförmige Schnitte von *a* um den Mundwinkel und den obern Lippensaum herum, überall in einer Entfernung von etwa 6—8 mm. vom Lippen-Rande durch die ganze Dicke der Lippe. Die beiden so entstandenen Läppchen wurden über die neuentstandene Unterlippe genäht und in der Mitte *a b* mit *a' b'* vereinigt. Die seitlich entstandenen Spalten *x* welches in der schematischen Zeichnung rechts schraffirt ist, werden durch Ligaturen von oben nach unten vereinigt, wie die schematische Figur dieses anzeigt. Der Verlauf war ein günstiger und konnte Patient am 7. März 1875 entlassen werden.

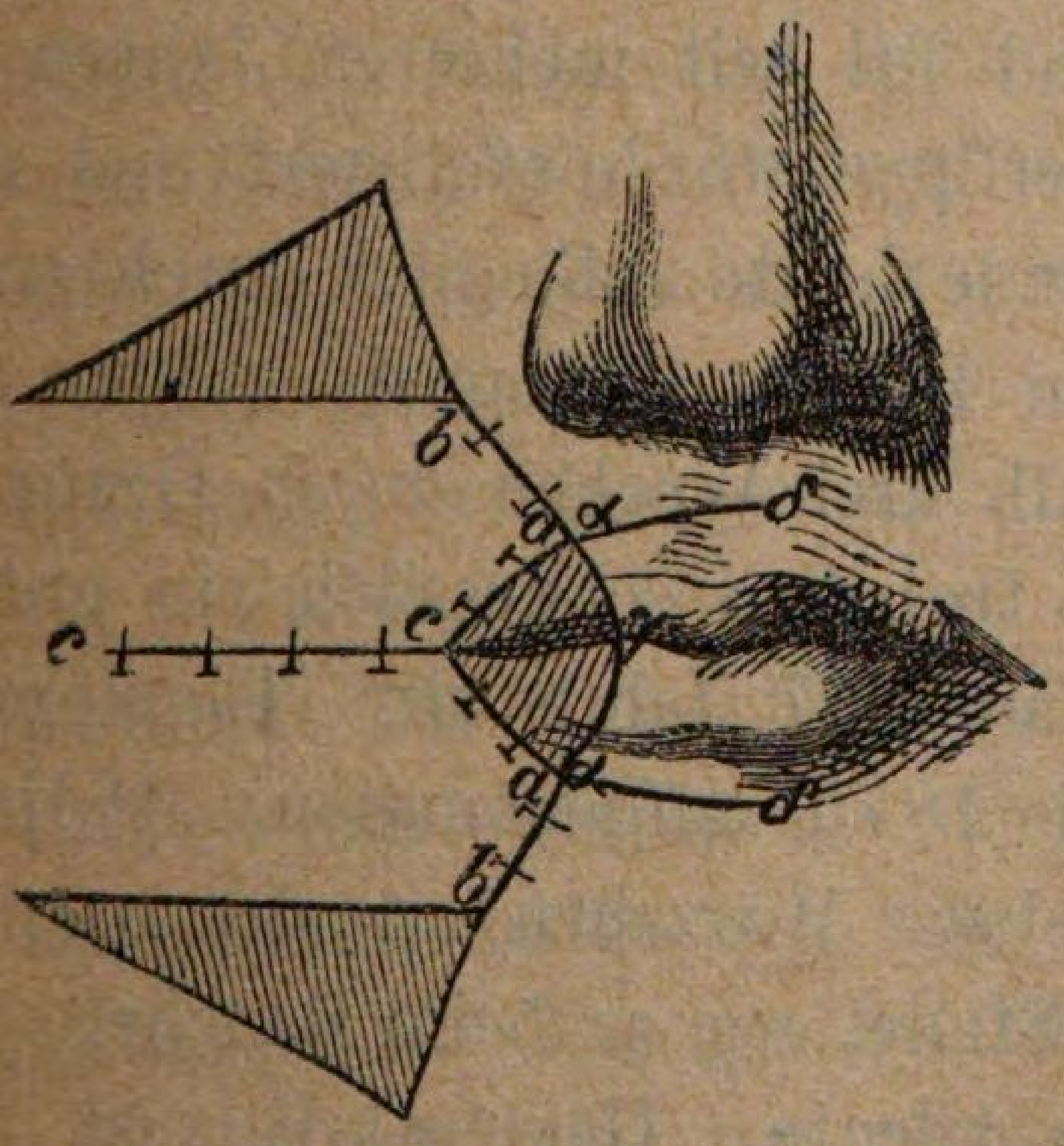






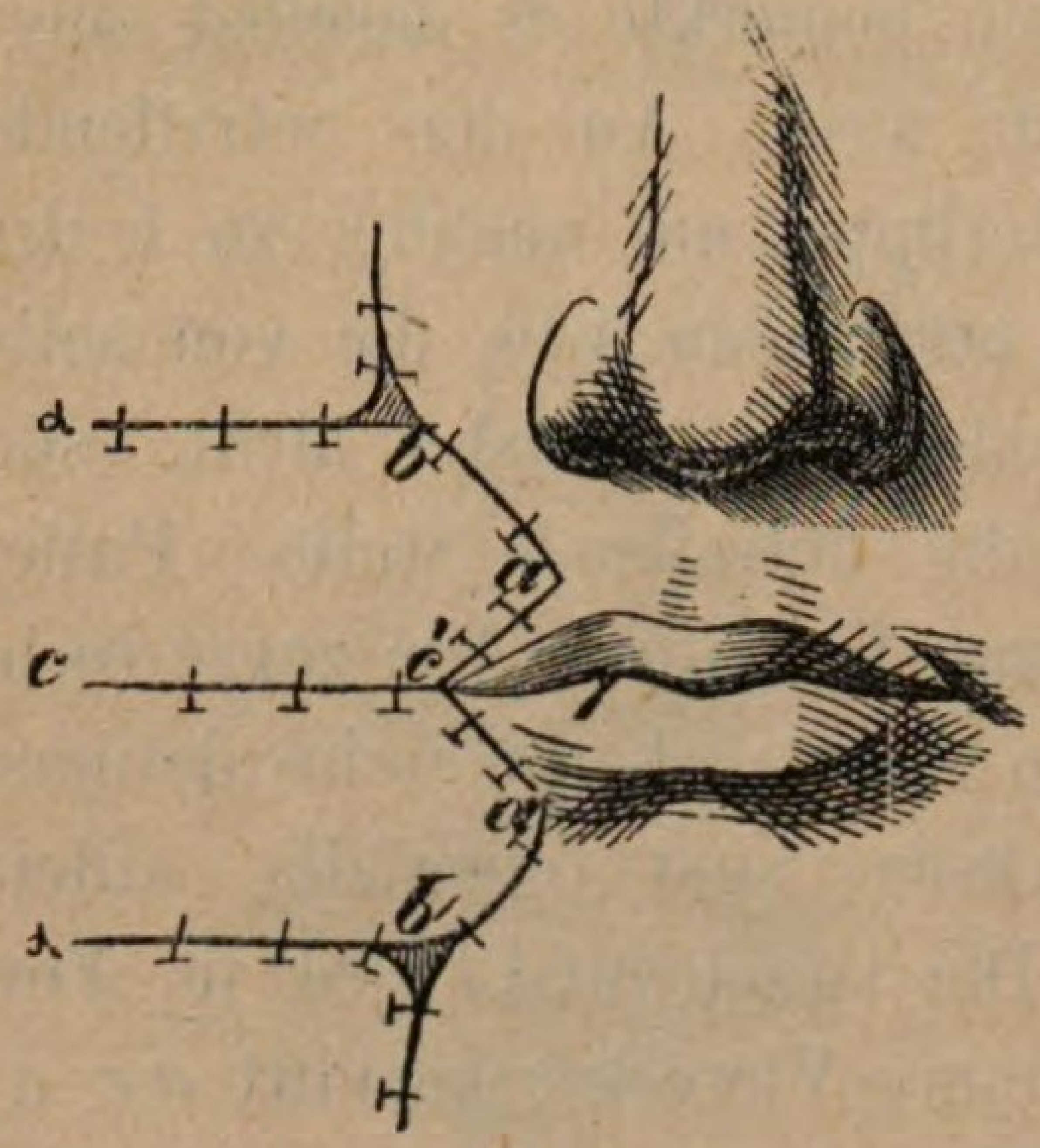
7. Schiffer, Peter, 74 Jahre alt, aus Ahe, Kreis Bergheim. Patient hatte von jeher die Gewohnheit, stark aus irdenen Pfeifen zu rauchen und dabei die Pfeife in den rechten Mundwinkel zu nehmen. Vor 30 Jahren bemerkte er daselbst zuerst eine Warze, die er sich abbinden liess. An der betreffenden Stelle entzündete sich dann die Unterlippe, um nachher zu heilen; jedes Jahr soll dann eine Kruste erschienen sein, die von selbst abfiel. In diesem Frühjahr erschien die Kruste nicht, statt dessen verdickte sich allmälich die betreffende Stelle. Patient kommt am 18. September 1875 zum Hospital. Die ganze rechte Ober- und Unterlippenhälfte ist von einer dicken Geschwulstmasse eingenommen. Die Unterkiefer-Drüsen sind ebenfalls afficirt.





Die Geschwulst wird in Form eines Viereckes excidirt *a c a γ*. Von *a* und *a* wird schräg nach aussen und oben resp. aussen und unten der Schnitt *a b* und *a b* geführt und von *b* oben resp. *b* unten parallel dem Wundrande *ac* ein Schnitt nach aussen. Dieser letztere ist nicht ganz parallel dem angegebenen Wundrande, sondern etwas divergirend. Darauf werden die beiden Lappen einnander genähert und die beiden Wundränder *a c* bis *c'* mit einander vereinigt, während die übrig bleibenden Theile *c' a* der Wundränder *c a* noch mit Lippensaum überkleidet werden. Dieser wird in der gewöhnlichen Weise genommen durch 2 etwa 6—8 mm. vom Lippenrande entfernte, vom Wundrande *a γ* ausgehende, nach innen verlaufende Schnitte *α δ*. Die Spalte oberhalb und unterhalb der seitlichen Lappen wurden in der Quere vereinigt. Eine kleine Lücke blieb übrig, die sich

selbst überlassen blieb. Die Submaxillar-Lymphdrüsen wurden exstirpirt; die Lappen heilten ganz gut, es blieb indess eine Fistel zurück zwischen dem Lippensaum einerseits und dem transplantirten Lappen andererseits.



Der Versuch, diese durch Excision und Vernähung zu schliessen, misslang. Patient musste am 15. October soweit geheilt mit dieser Fistel entlassen werden, da er nicht weiter mehr im Stande war, die Pflegekosten zu bezahlen. Doch stellte er sich 1½ Monat später vollständig geheilt vor; nur das Oeffnen des Mundes ist durch die Narbe in der Wange ziemlich behindert.

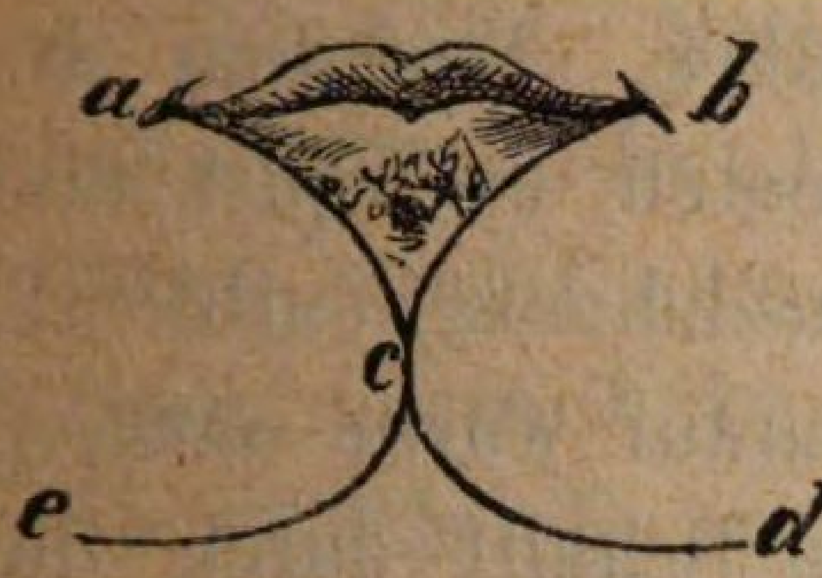
8. Singer, 68 Jahre alt, aus Kamen, Kreis Dortmund, wurde am 29. October 1875 aufgenommen. Patient raucht und kaut stark Tabak; er leidet ebenfalls an Carcinom der Unterlippe, das mit der Bildung einer Warze seinen Anfang nahm. Es wurde ein Keil excidirt, die Heilung ging rasch von Statten und schon am 5. November, also am 7. Tage nach der Aufnahme konnte Patient entlassen werden.

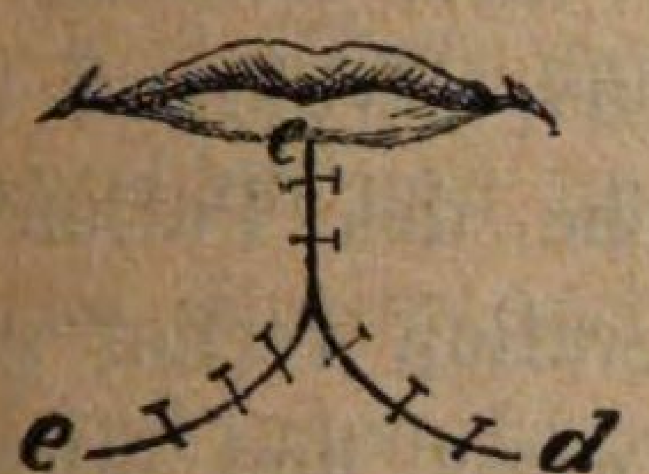
9. Kellerhoff, Stephan, 64 Jahre alt, aus Westfalen, war ein sehr starker Raucher und litt seit mehreren Jahren an Lippenkrebs. Fast die ganze Unterlippe wurde exstirpirt und mit Lippensaum überkleidet. Die Wunde heilte anfänglich durch erste Vereinigung, indess durch starken Husten sprang sie wieder auf und heilte dann langsam innerhalb drei Wochen durch Granulationsbildung. Das Resultat war trotzdem schliesslich ein gutes.

10. Schnorrenberg, Johann, 67 Jahre alt, Tagelöhner aus Lövenich, wurde am 6. Juli 1875 aufgenommen. Patient bemerkte vor 5 Monaten ein kleines Wärzchen an der rechten Unterlippenhälfte, gerade an der Stelle, wo er beim Rauchen gewöhnlich die Pfeife zu nehmen pflegte. Gegenwärtig ist die ganze Unterlippe exulcerirt, die Umgebung bedeutend infiltrirt und die Halsdrüsen sind an beiden Seiten colossal geschwollen,

nicht verschiebbar, mit dem Unterkiefer verwachsen; dieser scheint selbst mit in die Affection hineingezogen zu sein.

Am 7. Juli findet die Operation statt.





Zuerst wird die Unterlippe keilförmig excidirt; darauf von der Spitze dieses Dreieckes *a b c* nach beiden Seiten hin, also von *c* aus ein Schnitt nach *d* und *e* nach aussen geführt, der in einem nach unten convexen Bogen dem Unterkieferrande entlang verläuft. Dann wird zur Exstirpation der Drüsen geschritten. Dieselbe war nicht leicht, da die Drüsen jederseits in grosser Ausdehnung mit den Gefässscheiden verwachsen waren und von denselben abpraeparirt werden mussten, so dass die Carotis und Jugularis communis nach der Operation in dem ganzen Operationsfelde frei vor Augen lagen. Eine besondere Verzögerung entstand noch dadurch, dass ich mich rechterseits abmühte, die Drüsen von dem Unterkiefer loszuschälen, welches jedoch nicht gelang, da der Knochen am untern Rande durchwachsen war. Ich sah mich daher zur Resection eines Theiles des Unterkiefers gedrängt. Linkerseits war die Exstirpation der Drüsen leichter. Die beiden Lappen *a c e* und *b c d* wurden nun nach oben verschoben, so dass *a c* und *c b* in eine horizontale Linie zu liegen kamen. Ueber die neu entstandene Lippe wird der Lippensaum in der oben erwähnten Weise gelegt, indem ich beiderseits einen Schnitt um den Mundwinkel führte (vide Seite 103). Patient musste in den ersten Tagen mit der Schlundsonde ernährt werden. Der Heilungsverlauf war ein günstiger, so dass am 29. Juli nach Schluss der Heilung die Entlassung erfolgen konnte.

11. Schnorrenberg, Johann, 68 Jahre alt, aus Lövenich, wird am 18. November 1875 mit einem Recidiv aufgenommen. Patient war, wie bereits erwähnt, am 29. Juli entlassen worden. Das Recidiv hatte sich sehr früh eingestellt (3 Monate nach der Entlassung), Die Geschwulst war wieder recht beträchtlich. Der ganze Unterkiefer war rechterseits intumescirt; auch linkerseits lag in der Gegend, wo die Resection am Unterkiefer vorgenommen

worden war, ein derber Knoten. Patient leidet an den fürchterlichsten Schmerzen und ist sehr heruntergekommen.

Operation: Zuerst wird über dem rechten Knoten ein Schnitt vom Kinn aus nach aussen und unten geführt. Nachdem die Unterlippe senkrecht gespalten, wird der Knoten exstirpirt und hierbei wieder die Gefässscheide in grosser Ausdehnung entblösst. Die Exstirpation war rein zu ermöglichen. Darauf wurde entlang dem Unterkieferrande der rechten Seite ein Schnitt durch die Haut geführt und der ganze Unterkiefer von der alten Resections-Stelle beginnend bis zum Kiefergelenke exstirpirt. Während der Operation musste wegen der grossen Schwäche des Patienten die Autotransfusion gemacht werden. Die Operation verlief gut. Der Collapsus war nach Vollendung derselben gross, und musste dem Patienten mit der Schlundsonde Cognac eingeführt werden. Ein grosser Uebelstand bei dieser Operation war der Umstand, dass durch die frühere Lippen-Exstirpation die jetzige Lippe stark nach hinten sank, und die an sie angeheftete Zunge, in ihr allein ihre Stütze findend, auch nach hinten gedrängt wurde. Es war daher nöthig, fortdauernd durch eine Wärterin Tag und Nacht die Zunge mittelst einer Fadenschlinge nach vorne ziehen zu lassen, indem sonst augenblickliche Erstickungsgefahr eintrat, durch welche Manipulation indess andererseits die Wunde stark gezerrt und auseinandergedrängt wurde.

25. November. Bis heute durchaus fieberloser Verlauf. Plötzlich treten Schmerzen in der linken Brust und Fieber ein. Dabei starke Dyspnoe und Dämpfung linkerseits unten.

28. November. Tod durch Pleuritis und hypostatische Pneumonie.

12. Schmitz, Paul, 56 Jahre alt, Schreiner aus Eupen, litt an Carcinom des linken Mundwinkels und der betreffenden Halsdrüse. Die vorgeschlagene Ausschabung derselben und Exstirpation der Halsdrüse verweigerte Patient.

Das nämliche Leiden kam in der Privatpraxis bei einem andern Patienten zur Beobachtung, wo ebenfalls die Operation verweigert wurde.

Sarcom der Parotis.

Ein einziger Fall von einem Sarcom in der Parotis bei einem Manne ist verzeichnet.

Runkel, Peter, Rentner aus Cöln, 68 Jahre alt, litt an Cysto-Sarcom der Parotis. Patient wurde innerhalb 7 Jahren dreimal operirt und zwar jedesmal in der Gegend der linken Parotis. Der linke Facialis ist gelähmt. Am 2. November 1875 wurde die Operation vorgenommen. Die ganze Parotis wird entfernt. Die Geschwulst dringt hinter dem Unterkieferaste in die Tiefe und wurde bei der Operation die Carotis interna angeschnitten und unterbunden. Der Unterkiefer war an der innern Fläche usurirt und musste mit dem Löffel ausgeschabt werden. Verband nach Lister. Doch sei gleich bemerkt, dass bei Halsoperationen es sehr schwer ist, den Lister'schen Verband exact anzulegen. Bei allen Bewegungen des Kopfes hebt sich der Verband ab und kann die Luft zu der Wunde unbehindert hinströmen. Ebenso wenig wie eine hydropathische Einwickelung des Halses ihrem Zwecke vollständig genügt. Indess in letzter Zeit habe ich bei Halsdrüsenexstirpationen den ganzen Hals und Kopf und die betreffende Schulterseite und Gesichtshälfte mit Salicylwatte eingewickelt, und so glaube ich gelingt es doch, den Abschluss der Luft zu erzielen. Patient starb in der That am 20. Januar an Pyaemie; doch wurde die Section verweigert.

Sarcome der Kiefer.

Sarcome des Oberkiefers kamen 5 zur Beobachtung; alle bei Männern (2 als Recidive).

Sarcome des Unterkiefers 2 Fälle, und zwar bei Weibern.

1. Sayo, Franz, 64 Jahre alt, Schreiner aus Bergheim, wurde am 9. October 1875 aufgenommen mit Polypus nasopalatinus sarcomatosus. Schon seit einigen Jahren konnte Patient keine Luft durch das linke Nasenloch bekommen. Schon am 27. August wurde dieserhalb auswärts vom behandelnden Arzte eine Operation vorgenommen; es wurde der Versuch gemacht, den Polypen zu extrahiren, was indess misslang. Seit der Zeit eiterte und blutete die Nase viel; seit drei Wochen schwoll die

linke Nasenhälfte sowie die Facialfläche des Oberkiefers bedeutend an, wurde livide und roth. Gegenwärtig ragt aus dem linken Nasenloche eine Geschwulstmasse hervor; der innere Augenwinkel, die linke Nasenhälfte, die vordere Wangengegend sind stark prominent, livide verfärbt. Hinter dem Velum fühlt man in der linken Choane Geschwulstmasse.

Operation am 10. November 1875.

Es wird vom innern Augenwinkel an bogenförmig ein mit der Convexität nach unten gelagerter Schnitt gegen den Jochbeinbogen geführt, die Weichtheile werden bis auf den Oberkiefer durchschnitten. Darauf wird der Lappen nach oben abpraeparirt. Dann drang ich mit der Stichsäge durch die Incisura pyriformis in die Nase ein und durchsägte zuerst quer den Oberkiefer oberhalb des Zahnfortsatzes mit Erhaltung des harten Gaumens. Dann durchsägte ich den Jochbogen, so wie den Processus temporalis des Jochbeines, die Orbitalfläche des Oberkiefers hinter dem Orbitalrande, während der Assistenzarzt den Inhalt der Augenhöhle mit einem Zungenspatel schützte, und schliesslich den Nasenfortsatz des Oberkiefers. Der Oberkiefer liess sich jetzt mit Leichtigkeit hervorheben mit Zurücklassung des Processus alveolaris, des Palatum durum und der Orbitalfläche. Hierauf wurde die Geschwulstmasse mit Leichtigkeit exstirpirt und zum Schlusse noch das Ferrum candens aufgesetzt. Die anfänglich intendirte Erhaltung der livid gefärbten Haut gab ich nachher auf, um eine reinere Exstirpation zu erzielen. Es wurde so fast der ganze vordere Lappen geopfert und ein Stirnlappen über den Defect gelegt, der der linken Stirnhälfte entnommen war und dessen Brücke nach dem rechten Augenwinkel hin lag. Patient ertrug die eingreifende Operation sehr leicht, und auch die Heilung ging sehr gut und rasch von statten, nur dass am äussern Mundwinkel eine Fistel zurückblieb, die nachträglich durch eine Transplantation aus der linken Schläfengegend geschlossen wurde.

Am 12. December wurde Patient geheilt entlassen mit einem leichten Ectropium des untern Lides. Das Gesicht ist fast gar nicht eingefallen.

2. Dewis, 56 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 29. September 1875 aufgenommen. Patient wurde schon vor zwei Jahren

an rechtsseitiger Epiphora behandelt und dieserhalb die Bowmann'sche Sondenbehandlung anderwärts lange Zeit instituirt, ohne dass dadurch das ursprüngliche Leiden auch nur im Entferntesten gebessert worden wäre. Allmälich entwickelte sich in der Gegend des rechten Thränensackes eine leichte Anschwellung, die immer mehr wuchs. Die Gegend desselben ist von einer taubeneigrossen Geschwulst eingenommen. Diese Geschwulst erstreckt sich auch über den innern Theil des Oberkiefers, die Haut ist in der ganzen Ausdehnung livide verfärbt, die Nase jedoch durchgängig. Bei der Operation wird die Nase in der Mittellinie durch einen auf der Glabella beginnenden und im rechten Nasenloche endigenden Schnitt getrennt. Darauf werden die beiden Nasenbeine durch die Knochenzange ebenfalls getrennt. Von dem äussern Ansatze des rechten Nasenflügels wird jetzt ein bogenförmiger Schnitt mit der Convexität nach unten sehend, gegen den äussern untern Theil des Orbitalrandes geführt und der so umschnittene Lappen nach oben gegen den Orbitalrand abpraeparirt. In der gegebenen Schnittrichtung wird der Oberkiefer durchsägt und darauf das umschnittene Stück nach aussen elevirt. Die Geschwulstmasse konnte jetzt bequem heraus befördert werden. Der obere Theil des gebildeten Lappens wurde nachträglich wegen der verdächtigen Färbung excidirt und durch einen transplantirten Lappen aus der rechten Stirnhälfte ersetzt. Die Heilung ging ausserordentlich gut und rasch von statten, so dass Patient schon nach 14 Tagen geheilt entlassen werden konnte. Bis jetzt habe ich nichts von einem Recidive gehört.

3. Blaiser, Anna, 24 Jahre alt, aus Treis, wurde am 11. October 1875 aufgenommen. Vor 4 Jahren fiel der Patientin ein Backzahn aus der linken Unterkieferhälfte aus. In der entstandenen Lücke wucherten bald Granulationen, welche zu wiederholten Malen von den behandelnden Aerzten abgetragen wurden. Allmälich schwoll die Unterkieferhälfte selbst an und wurde immer dicker. Gegenwärtig ist dieselbe von einer knochenharten, hühnereigrossen Geschwulst eingenommen, die sich nach hinten bis zum Angulus, nach vorne bis nahe zur Mitte erstreckt. Die Geschwulst hat eine glatte Oberfläche. Ich stellte die Diagnose auf ein durch Reiz von Seiten der Zähne entstandenes, vom Knochen ausgehendes Fibroid resp. Myoloid-Sarcoma. Die

leitende Idee war bei der am 12. October vorgenommenen Operation, die äussere Knochenschale, welche besonders aufgetrieben war, auszumeisseln und die Geschwulst aus dem Unterkiefer herauszuheben. Zu dem Zwecke wurde von der Mitte der Lippe ein senkrechter Schnitt bis zum Kinn geführt und hierauf über die Höhe der Geschwulst ein zweiter Schnitt gelegt, der vom untern Ende des ersten Schnittes seinen Anfang nahm und nach aussen verlief. Die äussere Knochenschale wurde jetzt herausgemeisselt und nun lag in zahlreichen Kugeln in der entsprechenden Knochenhöhle eingebettet die Geschwulst vor uns. Bei der Herausbeförderung derselben zeigte sich, dass, je weiter nach der Peripherie, um so kleinere und zahlreichere und schliesslich in den kleinen Knochen-Alveolen perlartige, erbsengrosse Kügelchen eingebettet lagen. Es war daher eine reine Exstirpation der Neubildung nur möglich, wenn die Excision des Unterkiefers beiderseits jenseits der äussersten Grenzen der Anschwellung ausgeführt wurde. Zu dem Zwecke wurde die Resection der einen Unterkieferhälfte bis zum Zahnfortsatze vorgenommen. Die Wangenschleimhaut wurde schliesslich mit der innern vom Processus alveolaris abgelösten Schleimhaut vernäht, so dass die grosse Wundhöhle nach dem Munde hin vollständig abgeschlossen war. Eine Erhaltung des Processus alveolaris mit den Zähnen war nicht möglich, der Verlauf der Heilung ein äusserst günstiger. Patientin brauchte nur ein einziges Mal mit der Schlundsonde ernährt zu werden.

Am 25. October wurde sie vollständig geheilt entlassen, 12 Tage nach der Operation. Die Haut war durch prima intentio verheilt, die Entstellung sehr gering. Patientin stellte sich nach 6 Wochen frisch und wohl vor. Die linke Unterkieferhälfte ist von einem derben Bindegewebsstrange eingenommen. Das Kinn weicht etwas nach links ab.

4. Frau S . . ., Wirthin aus Cöln, wurde schon vor einer langen Reihe von Jahren an einer Unterkiefer-Geschwulst von Hr. Geheimrath Fischer operirt. Patientin war bis vor 2 Jahren gesund geblieben. Von da ab bemerkte sie wieder ein allmäliches Dickerwerden der linken Unterkieferhälfte. Dieselbe ist gegenwärtig sehr stark aufgetrieben von einer Geschwulst, die stellenweise knochenhart ist. An andern Stellen ist der Knochen dünn wie Papier, eindrückbar, pergamentartig knisternd.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass ich es hier mit einer gutartigen, vom Centrum des Unterkiefers ausgehenden Geschwulst zu thun habe (mit einem centralen Fibroid resp. Myeoloidsarcom), führte ich vom untern Mundwinkel aus einen senkrechten Schnitt durch die Unterlippe bis zum Rande des Unterkiefers, und von diesem Endpunkte aus einen bogenförmigen mit der Convexität nach unten sehenden Schnitt über die Höhe der Geschwulst nach aussen und meisselte mit einem scharfen Meissel die äussere Knochenlamelle ab. Es traten jetzt mehrere Knollen der Geschwulst zu Tage, die in einzelnen, theilweise zusammengeflossenen, grossen Alveolen des Unterkiefers eingebettet waren. Je mehr ich fortnahm, um so mehr neue kleinere Tumoren traten zu Tage. Ich sah mich daher genöthigt, um nicht etwa an der Peripherie kleinere Cystenräume zu vernachlässigen, im gesunden, nicht verdickten Unterkiefer bis in den Processus alveolaris einzusägen, und in gleicher Weise den Unterkiefer vor dem Angulus gerade so weit, dass eine Brücke des Processus alveolaris erhalten blieb. Hierauf meisselte ich den so umsägten Knochentheil aus. Der Alveolar-Fortsatz wurde bruchstückweise erhalten. Nach Entfernung der ganzen Geschwulst nähte ich nach dem Munde hin die entstandene Schleimhautspalte zu und ebenso den äussern Hautschnitt. Der Heilungsverlauf war ein äusserst günstiger. Patientin wurde nach 3 Wochen geheilt entlassen. Der erhaltene Alveolar-Fortsatz bildet noch eine feste Brücke, welche Patientin zum Kauen verwenden kann. — Bisher ist kein Recidiv eingetreten.

5. Thies, Peter, 8 Jahre alt, wurde am 11. October 1875 aufgenommen mit Carcinoma retropharyngeale.

Seit zwei Monaten wurde beim Patienten eine näselnde Sprache bemerkt. Der Knabe kann nur bei offenem Munde athmen und bekommt oft dyspnoëtische Anfälle. Das Velum ist bei der Aufnahme stark nach vorn gedrängt, der ganze obere Rachenraum von einer weichen Geschwulst ausgefüllt.

Operation: Es wird rechts vom Nasenrücken ein Schnitt von der Nasenwurzel bis zur Spitze hingeführt, im rechten Nasenflügel etwas seitlich von der Spitze endigend. Die rechte Seite wird gewählt, weil die Retropharyngealgeschwulst hauptsächlich von dem rechten Theile des betreffenden Raumes ausging und

besonders rechts das velum palatinum vorgedrängt war; hierauf wird um den rechten Nasenflügel herum ein bogenförmiger Schnitt bis auf den Knochen gegen den unteren Orbitalrand geführt. In den geführten Schnitten werden dann hierauf die knöchernen Theile mit der Knochenzange getrennt und der so umgrenzte Theil nach aussen gegen das Auge hin umgeklappt. Auf diese Weise ist Platz genug gewonnen, um bis zum Rachenraume gelangen zu können. Das Gewebe fand ich so weich, dass eine Exstirpation mit dem Messer gar nicht ausführbar erschien, ebensowenig gelang es, dasselbe in eine galvanokaustische Schlinge zu fassen. Ich griff daher zum Löffel und löffelte das Ganze rein aus; hierauf wurde noch das ferrum candens aufgesetzt, besonders auf die hintere Fläche des weichen Gaumens, von wo die Geschwulst ihren Ausgang nahm. Nach vollendeter Operation wurde der Nasenflügel wieder in seine richtige Lage gebracht und durch Suturen coaptirt.

Der Heilungsverlauf war ein günstiger. Die Submaxillar-Lymphdrüsen wurden in einer zweiten Sitzung exstirpirt.

Am 3. December wurde Patient geheilt entlassen.

6. Recidiv von Fall 1. (Sayo.)

Patient war am 11. December geheilt entlassen worden und wurde am 10. Januar 1876 wieder aufgenommen. Obgleich der Fall somit dem folgenden Jahrgange angehört, füge ich denselben doch der grösseren Uebersichtlichkeit wegen hier an.

Die linke Gesichtshälfte ist stark aufgetrieben und der übergepflanzte Lappen bläulich durchsetzt.

14. Januar 1876 wird die afficirte Haut in der Grösse eines grossen Hühnereies umschnitten; sofort konnte ich constatiren, dass der Tumor hauptsächlich sich in den hintern Abschnitt der Augenhöhle, sowie in die Nase und die Siebbeinzellen hinein ausgedehnt hatte. Die äussere Platte des Oberkiefers war ganz frei, so dass hinter dem Oberkiefer mit Sicherheit keine Geschwulstmasse zu suchen war. Ich konnte daher von der Anfangs intendirten totalen Resection des Oberkiefers abstehen, räumte benannte Höhle mit dem Löffel gehörig aus und musste zu diesem Zwecke bis zum foramen opticum vordringen, so wie bis in die unmittelbare Nachbarschaft der horizontalen

Siebbeinplatte. Der harte Gaumen war an einer Stelle durchwachsen. Nachdem ich mich überzeugt hatte, dass alles Krankhafte entfernt sei, applicirte ich das Ferrum candens in ausgiebiger Weise und pflanzte über den entstandenen Defect einen grossen Lappen von der Stirne, dessen Brücke in der linken Schläfe lag.

Die Heilung ging sehr günstig von Statten. Es trat gar kein Fieber ein, der Lappen heilte an allen Verbindungsstellen durch die erste Vereinigung. Recidiv stellte sich jedoch sehr früh schon wieder ein, so dass Patient das Hospital nicht wieder verliess, bis im April 1876 ein Erysipel seinem beklagenswerthen Zustande ein Ende machte.

7. Recidiv von Fall 5 (Theis).

Entlassen am 5. December 1875, stellt Patient sich am 20. Januar 1876 wieder vor.

Der weiche Gaumen ist linkerseits stark vorgetrieben und die Spitze der Geschwulst bereits exulcerirt. Oberer Rachenraum ist frei und scheint die Geschwulst vom weichen Gaumen auszugehen, die linke Mandel ist ebenfalls in dieselbe aufgegangen. Ihr Charakter hat sich nunmehr sehr verändert, sie ist bedeutend härter.

24. Januar 1876. Um eine bessere Einsicht zu gewinnen und eine gründlichere Entfernung alles Bösartigen vornehmen zu können, führte ich neben der Mittelinie des Gesichtes vom innern Augenwinkel aus bis über den betreffenden Nasenwinkel einen Schnitt und verlängerte denselben weiter in einem nach unten convexen Bogen bis zum Jochbogen. Hierauf durchsägte ich den Oberkiefer quer nach aussen oberhalb des processus alveolaris, den processus temporalis und den processus frontalis des os zygomaticum, durchschnitt mit der Knochenzange die Verbindungslinie der Nasenbeine und klappte dann das so umschnittene Stück des Oberkiefers nach oben. Es ergab sich nun, dass die Geschwulst in der Nasenhöhle weiter nach vorn drang, als es Anfangs den Anschein hatte und die Gaumenplatte des Oberkiefers mit afficirt war. Ich sah mich daher genöthigt von der osteoplastischen Resection des Oberkiefers Abstand zu nehmen und die totale Resection zu machen, da sonst eine reine Exstirpation unmöglich gewesen wäre. Dabei war an eine Erhaltung der mucosen Bekleidung des harten Gaumens nicht zu denken, da Patient schon

durch den stattgehabten Blutverlust, wie durch zwei vorangegangene Operationen zu sehr geschwächt und heruntergekommen war; für diesen Theil der Operation hätte Collapsus befürchtet werden müssen. Nach ausgeführter totaler Resection des Oberkiefers konnte die Geschwulst leicht exstirpirt werden. Dieselbe ging in die fossa pterygo-palatina hinein. Nachdem Alles entfernt war, wurde das Glüheisen aufgesetzt.

Nach der Operation war Patient sehr collabirt, pulslos, so dass die Autotransfusion und Ernährung mit Tokayer durch eine Schlundsonde nöthig wurde. Trotzdem überstand Patient sehr gut alle diese schweren Zufälle. Allein auch in diesem Falle zeigte sich schon bald 1½ Monat nach der Operation, ein Recidiv, das sehr rasch anwuchs, so dass der Oberkieferdefect und der Rachen bald wieder ausgefüllt waren und während des Monates April sogar wegen plötzlich eintretender Dyspnoe die Tracheotomie nothwendig war. Augenblicklich läuft der arme, kleine Patient relativ gesund und munter auf der Station mit der Trachealcanyle herum, nicht ahnend, wie bald das rapid wachsende Neugebilde seinem jugendlichen Leben ein Ende machen wird.

Zum Schlusse will ich hier noch einen Fall erwähnen, der zwar dem Jahre 74 angehört, aber ein ganz ungemeines Interesse aus dem Grunde bietet, weil der Tod auf dem Operationstische unter der Operation durch Lufteintritt in die Venen erfolgte.

X . . ., 15 Jahre alt, aus Westfalen, hatte vor längerer Zeit einen Schlag auf die rechte Wange erhalten. Einige Zeit nachher bemerkte er eine Anschwellung der rechten Oberkiefergegend, die immer mehr anwuchs.

Ich machte den Diefenbach'schen Schnitt, nachdem ich vorher zur Erhaltung des weichen Ueberzuges des harten Gaumens denselben von den Zähnen aus gegen die Mitte hin abpraeparirt hatte, und löste den Oberkiefer rasch aus seinen Verbindungen mit den übrigen Knochen. Patient hatte nur im Anfang ein wenig Chloroform erhalten und war während der ganzen Operation sehr kräftig und schrie laut. Beim Herausheben des Oberkiefers stürzte er plötzlich zusammen und war todt. Alle Lebensversuche blieben vergeblich.

Die Section zeigte das Herz voll von Luftblasen, jedoch konnte keine Verletzung einer grösseren Vene entdeckt werden.

Dieselbe konnte auch nicht wohl stattgefunden haben und ist dieser Fall meines Wissens bis jetzt der einzig bekannte, wo bei Resection des Oberkiefers der Tod durch Lufteintritt in die Venen erfolgte. Dies gibt dem Falle sein hohes wissenschaftliches Interesse. Es mögen meiner Ansicht nach wohl die Venen gewesen sein, welche die Arteria sphenopalatina oder pterygopalatina begleiten, in welche die Luft in dem Momente eintrat, wo dieselben beim Herausheben des Oberkiefers vielleicht gezerrt und gerissen wurden, zumal Patient in diesem Augenblicke durch sein starkes Schreien tiefe Inspirationen machte.

Fibroid des cavum nasopalatinum.

Ein Fall von Fibroid des cavum nasopalatinum ist verzeichnet.

Meyer, Arthur, 17 Jahre alt, aus Engers bei Coblenz, wurde am 16. September aufgenommen. Patient litt seit dem Jahre 1873 an Schnupfen, hierzu gesellten sich nachher heftige Nasenblutungen, die oft bis zur Ohnmacht führten. Die Sprache war näselnd. Ende des Jahres wurde im Rachen ein Polyp entdeckt. Derselbe wurde im Mai 1874 von der Nase aus von Herrn Geh. Rath Busch mittelst der galvanokaustischen Schlinge entfernt, nach 14 Tagen wurde Patient geheilt entlassen. Patient, der früher bei der Respiration den Mund nicht schliessen konnte, war nun dazu im Stande; auch die bis dahin unverständliche Sprache wurde reiner.

Neujahr 1875 wurde dieselbe doch wieder näselnd, es stellte sich auch wieder Schnupfen ein. Mitte März wurden abermals Geschwustmassen mittelst der galvanokaustischen Schlinge aus Nase und Rachen entfernt. Da noch Reste zurückgeblieben, wurde Patient erst zu seiner Erholung nach Hause entlassen, mit der Weisung nach einiger Zeit zur Entfernung des Stieles sich wieder vorzustellen.

Die Geschwulst wuchs nun rascher und trieb die Nasenbeine beiderseits stark auseinander. Gehirnsymptome traten keine ein. Bei seiner Aufnahme entdeckte man eine Geschwulst in beiden Nasenlöchern, ebenfalls im oberen Nasenraume, welche den weichen Gaumen stark nach vorne drängte. Die Nase ist bedeutend verbreitert.

Am 16. November wird zunächst die Tracheotomie mit der Trendelnburg'schen Tamponade vorausgeschickt. Darauf wurde behufs Freilegung des Nasen- resp. Rachenraumes ein senkrechter Schnitt über den Nasenrücken von der Glabella aus geführt, welche rechts dicht an der Nasenspitze endigt. Mit der Knochenzange wurde nun die Verbindung zwischen den beiden Nasenbeinen getrennt. Darauf wurde von dem rechten Nasenflügel aus ein bogenförmiger Schnitt gegen den unteren Orbitalrand geführt und mit der Stichsäge in der gegebenen Schnittrichtung der Oberkiefer durchsägt. Der so umsägte Knochentheil wurde dann mit einem Hebel nach aussen geklappt. Der ganze Vomer, das Os narium etc. wurde durchwachsen gefunden und um auch einen Einblick in das andere Nasenloch zu gewinnen, so durchschnitt ich die Nasenscheidewand mit einer schmalen, langen Knochenzange an seinem Ansatze auf dem Nasenboden, an seiner Verbindung mit dem Nasenrücken und unterhalb der Siebbeinplatte parallel einer Ebene, die man sich durch den Boden der Nasenhöhle gelegt, denkt. Auf diese Weise erlangte ich eine ausgiebige Einsicht in beide Nasenhälften. Der Polyp konnte jetzt mit Leichtigkeit entfernt werden. Nach seiner Entfernung wurde auf die Wurzel das Ferrum candens aufgesetzt.

Der Heilverlauf war ein günstiger. Nur in den ersten Tagen bestand eine hohe Körpertemperatur in Folge eines heftigen Magencatarrhs, der sich durch das Verschlucken der septischen Stoffe aus der Nasenhöhle entwickelt hatte.

Das rechte Nasenbein wurde necrotisch und musste dasselbe vier Wochen nach der Operation entfernt werden. Bei dieser Gelegenheit wurde auch der rechte Nasenflügel, welcher sich an der Nasenspitze gelöst hatte, durch Excision der entstandenen Spalte und nachfolgender Vernähung mit der Nasenspitze mit dieser wieder in Contact gebracht.

Am 23. September wurde Patient, also 5 Wochen nach der Operation geheilt entlassen. Der Nasenrücken war etwas eingesunken, ein Recidiv nicht zu bemerken.

Im März 1876 giebt Patient noch einmal Nachricht von seinem Wohlbefinden.

Missbildungen.

Labium fissum kam 12 mal zur Beobachtung, 7 Mal bei Knaben, 5 Mal bei Mädchen. 4 Mal in der ersten Lebenswoche, 2 Mal in dem ersten Monat, 2 Mal aus dem zweiten, 3 Mal in dem dritten Monate, 1 Mal im zwölften Lebensjahre. 8 Mal war das Labium Fissum mit Gaumenspalte combinirt, dasselbe war stets linksseitig.

Drei Kinder starben.

X . . . 6 Tage alt aus Everlingen, wurde am 17. August aufgenommen, das Kind war sehr schwach und hatte profuse Diarrhöe. Dasselbe ging nach der Operation zu Grunde. 22. August 1875.

Das zweite Kind ebenfalls sehr schwach, konnte nicht saugen und musste mit dem Theelöffel ernährt werden. Die Kräfte desselben lagen so darnieder, dass ich sehr geneigt war, von der Operation zurückzutreten; indess die Ueberlegung, dass in ihr doch die einzige Möglichkeit zur Erhaltung des Kindes lag, bestimmte mich zur Ausführung.

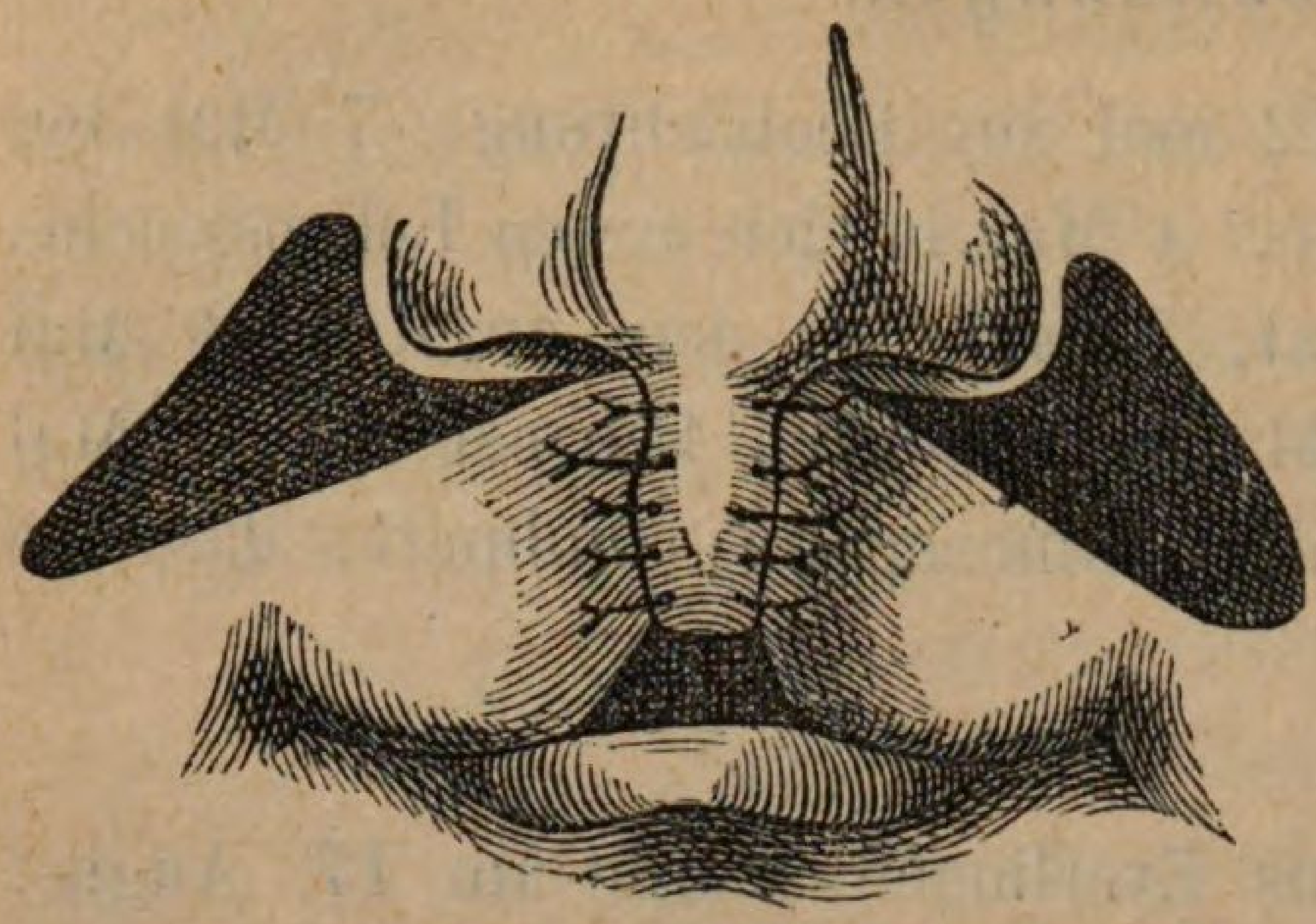
Die Hasenscharte war sehr breit, linkseitig und mit Wolfsrachen combinirt. Um jede Spannung zu vermeiden, entschloss ich mich zur beiderseitigen Lappenbildung.

In diesem Falle zeigte sich nun gar kein Leben in der Wunde und starb das Kind am 12. Tage nach der Operation an zunehmender Schwäche.

Bei einem dritten Kinde, bei welchem ich wegen doppelter Hasenscharte und Wolfsrachen eine doppelseitige Lappenbildung vornehmen musste, trat ebenfalls wegen Marasmus der Tod am 6. Tage nach Verheilung der Hasenscharte ein. Das Kind starb an Convulsionen.

Alle übrigen wurden mit Ausnahme eines Kindes, welches mit einer nach oben hin geplatzten Wunde entlassen werden musste, geheilt. Bei allen Fällen musste eine plastische Operation gemacht werden. Ins hiesige Hospital kamen fast nur hochgradige Spalten, da die leichteren Fälle ausserhalb operirt werden.

Die Operation des Labium fissum ist stets nach der Methode, wie sie in den Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostoker Krankenhauses von Herrn Prof. Simon beschrieben

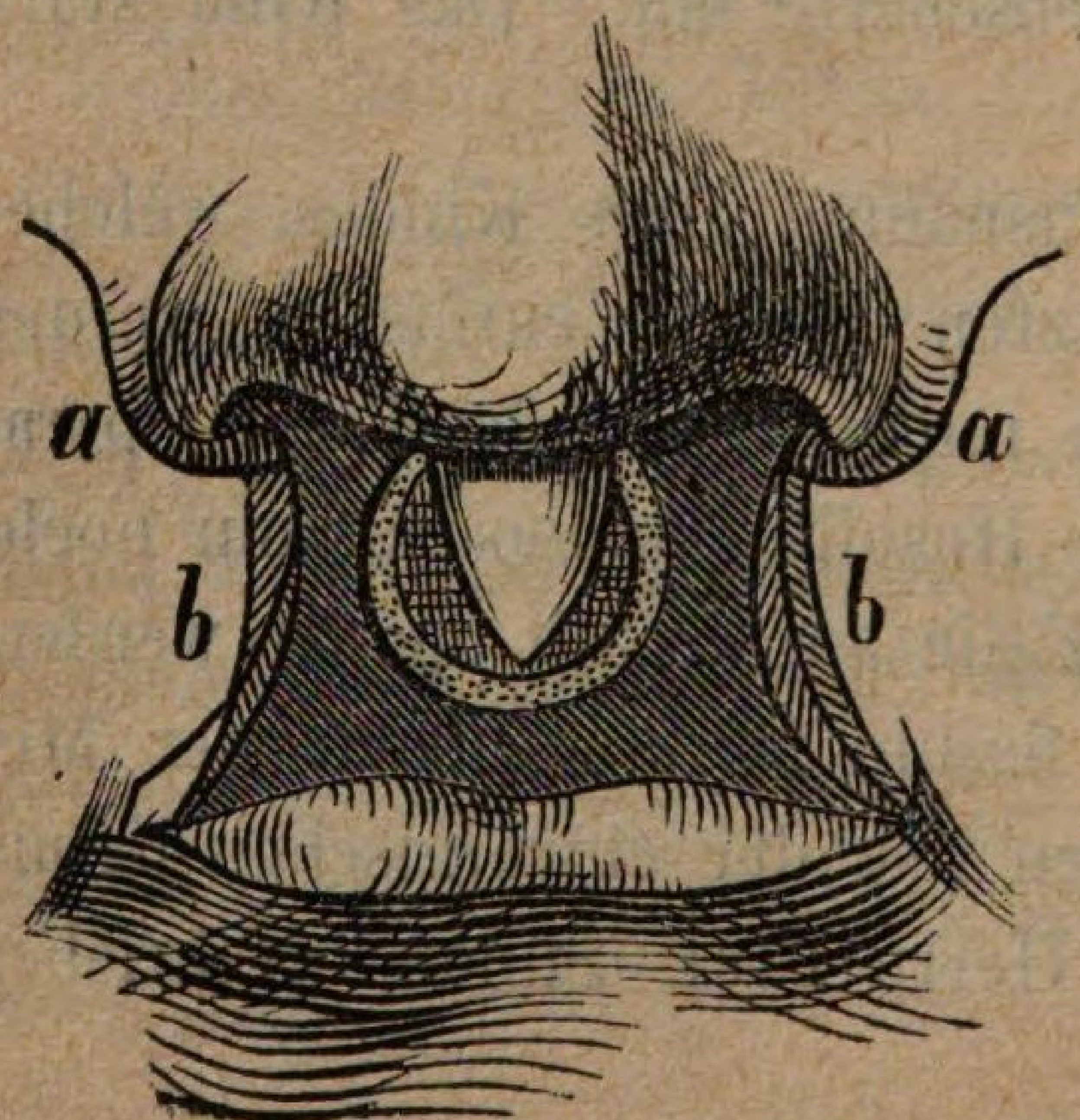


ist, gemacht worden. Ich verweise dieserhalb auf das genannte Werk S. 71, welchem auch die nebenstehende schematische Zeichnung entlehnt ist.

Bei doppelseitiger Hasenscharte und stark hervortretendem Bürzel ist die Operationsmethode folgende: Es wird vom oberen Rande der Spalte um den Nasenflügel herum ein bogenförmiger Schnitt geführt. Von dem oberen Ende desselben geht ein zweiter, dessen Convexität nach unten sieht, zu einem idiellen Punkte, welcher, wie Simon sagt $1^1/_2$-2 cm. oberhalb und $1^1/_2$-2 cm. nach aussen vom Mundwinkel liegt. Jetzt hat man zwei leicht bewegliche Lappen, welche sich mit Leichtigkeit über den Zwischenkiefer an dem vorher biconvex angefrischten Läppchen annähen lassen. Die oberhalb der Lappen entstehende Spalte überlässt man sich selbst.

In einem solchen Falle habe ich versucht, die oberhalb der Lappen entstehenden Spalten su schliessen, nicht genug würdigend, dass hierdurch eine Zerrung entstehen würde. Die Folge war, dass keine Vereinigung der Lappen stattfand, und dass das Zwischenläppchen abstarb, so dass die Aufgabe der Operation dadurch um ein Bedeutendes gesteigert wurde.

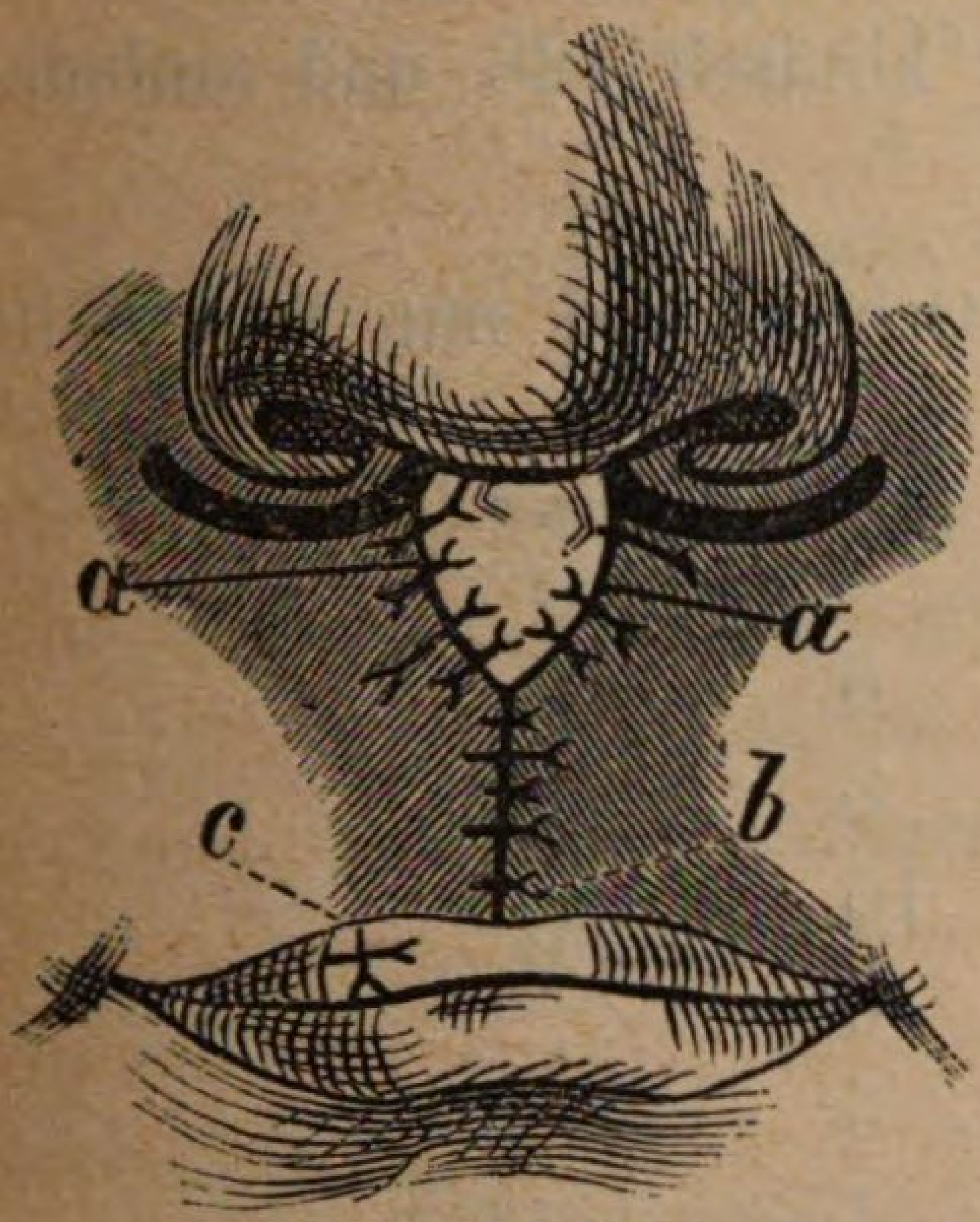
Die Schliesung des unterhalb des Bürzels noch bestehende Spalte wird Gegenstand einer zweiten Operation sein und keine Schwierigkeit machen.



Bei doppelseitiger Hasenscharte mit nicht prominirenden Zwischenkiefer wird zuerst einerseits der Lippensaum treppenförmig angefrischt, wie in nebenstehender Figur der rechte Lippensaum zeigt, während etwa in der Mitte des linken Lippensaums 4—5 mm. horizontal eingeschnitten, darauf die Scheide des Messers nach unten gewandt und stetig 4—5 mm.

vom freien Spaltrande entfernt bleibend, abwärts geführt wird bis zur gleichen Entfernung vom unteren Lippenrand. Ich habe somit das Läppchen gebildet für den entsprechenden unteren Ausschnitt des treppenförmig angefrischten rechten Spaltrandes. Diese rechtwinklige Lappenbildung ist der von v. Langenbeck empfohlenen, schiefen wegen der besseren Adaption vorzuziehen.

Hierauf wird noch der restirende Theil des linken Spaltrandes angefrischt und nun zur Lappenbildung vorgeschritten. Zu diesem Zwecke wird vom oberen Ende des Spaltes um die Nasenflügel herum ein wellenförmiger Schnitt geführt, wie nebenstehende Figur zeigt.



Nachdem zuvor das Zwischenläppchen biconvex angefrischt ist, werden die beiden inneren Theile des wellenförmigen Schnittes benutzt, um mit dem Zwischenläppchen vereinigt zu werden, während die Spaltränder unter sich vereinigt werden, und das herabhängende Lippensaumläppchen der linken Seite in den entsprechenden Ausschnitt der rechten Seite eingenäht wird.

Die Hasenscharten, welche im hiesigen Hospitale zur Operation kommen, sind fast ausnahmslos doppelseitig und hochgradig, und müssen nach der einen oder anderen dieser Methoden operirt werden.

Augenkrankheiten.

Die Augenkrankheiten sind nur registrirt worden in den Fällen, wo die Aufnahme in's Hospital lediglich des Augenleidens wegen erfolgte, während diejenigen Augenleiden, die mit anderen chirurgischen Krankheiten zusammen trafen, die eigentlich die Veranlassung zur Aufnahme resp. ambulanten Behandlung boten, nicht besonders in dem Register vermerkt wurden und somit auch hier nicht aufgeführt werden, da die Zusammenstellung aus den Krankengeschichten eine unsägliche Arbeit verursachen würde.

Abgesehen von den Verletzungen der Lider, die in dem Capitel „Verletzungen des Gesichtes“ abgehandelt wurden, sind registrirt:

3 Verbrennungen, eine der conjunctiva, zwei der Hornhaut;

5 Contusionen des Bulbus, von denen eine zu Blutung in den Glaskörper führte.

Im Ganzen wurden dann 365 Augenkranke behandelt, 194 Männer, 171 Frauen; und zwar klinisch 128 und ambulatorisch 237.

I. Von den Krankheiten der Orbita sind nur drei Fälle von Caries verzeichnet.

II. Krankheiten der Lider:

Hordeolum	6
Chalazon	3
Blepharitis	16
Trichiasis	6
Entropium	5
Ectropium	4
Summa	40.

III. Krankheiten der Bindehaut:

Conjunctivitis	catarrh.	28
„	granulosa	19
„	phlyctaen.	18
„	diphth.	4
„	blenorrh.	6
Symblephar.		2
Xerosis		1
	Summa	78.

IV. Krankheiten der Thränenorgane:

Stenosis ductus nasolacrimalis	11
Dacryocystitis	4
Fistula lacrimalis	3
Sarcomas socci lacrimalis	1
Summa	19.

V. Krankheiten der Hornhaut:

Keratitis phlyctaenularis	16
Combustio corneae	2
Ulcera phlyctaenularia	13
„ catarrhalia	5
„ diphth.	2
Pannus phlyctaen.	6
„ tracheomatosus	10
„ a traumaticus	6
Hypopium keratitis	2
Summa	62.

VI. Krankheiten der Jris:

Jritis syphilitica	6
„ serosa hydromeningitis	1
„ parenchymatosa	4
Iridocyclitis	5
Summa	16.

VII. Krankheiten der Chorioidea.

Chorioiditis disseminata	1
„ serosa	2
Ruptura Chorioideae	1
Summa	4.

VIII. Krankheiten der Linse:

Cataracta senilis	18
Cataracta secundaria	2
Weiche Cataracta	4
Cataracta traumatica	2
Summa	26.

IX. Krankheiten der Netzhaut:

Retinitis syphilitica	2
„ morb. Bright.	2
Neuroretinitis	4
Ablatio retinae	4
Glioma retinae	4
Summa	16.

X. Amblyopia post abus. spirit.		2
„ post Haematemesin		1
	Summa	3.

XI. Accomodations- und Refractions-Störungen:		
Paresis accomodativa nach diphtheritis		3
„ trauma		1
Myopie		15
Hypermetropie		12
Presbyopie		21
	Summa	52.

XII. Muskelerkrankungen:		
Strabismus convergens		31
„ divergens		6
Trochlearislähmung		3
Abducenslähmung		5
	Summa	45.

Augenoperationen

sind im Ganzen 134 ausgeführt worden:

Staaroperation mittelst Linearschnitt	15
Discision	4
Iridectomie	17
Schieloperation	25
Symblepharon	2
Enncleation	7
Staphylomabtragung	2
Punctio camerae ant.	2
Auslöffelung von Trachomkörnern	11
Abtragung einer polypös-entarteten Carunkel	1
Erweiterung des Thränennasenkanals	14
Erweiterung der Lidspalte	11
Epicanthus-Operation	2

Entropium Operation modificirt nach Snellen	8
Transplantatio wegen Ectrop.	3
Exstirpatio von Atheromen	4
Chalazion exstirpatio	4
Exstirpatio eines vom Thränensack ausgehenden auf den Oberkiefer übergreifenden Sarcom	1
Vergrösserung eines zu kleinen Conjunctivalsackes nach Enucleatio bulbi	1.

Staaroperationen wurden im Ganzen 15 ausgeführt und gingen von diesen zwei Augen durch Panophthalmie zu Grunde und zwar in uno individuo. Nebenbei sei bemerkt, dass dieses die ersten Augen waren, welche ich von 62 Staaroperationen verloren habe.

Bei einer Patientin stellte sich einen Monat nach der Entlassung eine Iritis serosa mit punktförmigem Beschlage auf der hintern Hornhautfläche ein. Patientin hatte bei der Entlassung, drei Wochen nach der Operation, ein vollständig reizloses Auge und eine Sehschärfe von 20/50. Die seröse Iritis führte langsam zur Iridocyclitis, und musste nachher von einem anderen Arzte, während ich selbst an Pneumonie erkrankt war, die Enucleation vorgenommen werden.

Der andere eben erwähnte Misserfolg trat bei einer 80 jährigen Frau ein, die schon eine langjährige Bewohnerin des Hospitals ist. Die Cataract war bei ihr schon seit Jahren überreif. Bei der Operation war Patientin so schwer zu bändigen, dass sie mit Gewalt festgehalten werden musste. So floss beiderseits vor dem Austritt der Linse viel Glaskörper aus, und musste dieselbe mit dem Löffel herausbefördert werden. Es trat auf beiden Augen totale Panophthalmie ein.

Die Operationen wurden alle nach der Methode von v. Graefe ausgeführt.

Iridectomien wurden aus folgenden Gründen gemacht:

2 Mal wegen Glaucoma chronicum;

2 Mal wegen eines consecutiven, traumatischen Glaucoms;
1 Mal wegen acuten Glaucoms;
8 Mal als Voroperation von Staaroperationen;
2 Mal aus optischen Gründen;
2 Mal wegen Iritis.

Die Schieloperation wurde 25 Mal gemacht, stets wegen Strabismus convergens c. Hypermetropia.

Symblepharon-Operation wurde zwei Mal gemacht und zwar beide Male wegen Symblepharon post combustionem.

Beide Fälle gleichen einander so sehr, dass nur der eine einer besonderen Beschreibung bedarf.

Nix, Wilh., 9 Jahre alt, aus Cöln, war früher im Hospitale wegen einer Verbrennung des ganzen unteren Lides vermittelst Aetzkalk behandelt worden. Das ganze untere Lid war bis zum Hornhautrande mit dem Bulbus verwachsen. Beim Abziehen des Lides enstand eine kleine, doch sehr breite Falte. Diese wurde vom Bulbus abgetragen, dann mittelst einer Schlinge, welche doppelt eingefädelt war, die Spitze des Symblepharon gefasst und eine jede Nadel durch die ganze Dicke des Augenlides in der Gegend des unteren Orbitalrandes durchgestochen, so dass die Ausstichsöffnungen beider Nadeln etwa einige mm. von einander entfernt lagen. Die Fadenenden wurden über eine Heftpflasterrolle geknotet, wodurch die Spitze des Symblepharon in die Tiefe des Sackes hinter dem Augenlide gezogen wurde.

Auf den Defect des Bulbus wird hierauf ein grosser Conjunctivallappen gepflanzt, dessen Brücke am innern Augenwinkel lag. Der etwa 10 mm. breite und lange Lappen deckte den Defect vollständig.

Die Heilung ging sehr günstig von statten. Der Lappen ist gut angeheilt, das Symblepharon hat sich zum Theil, doch sehr niedrig, wieder entwickelt, so dass man mit dem gewonnenen Resultate durchaus zufrieden sein kann.

Die Dacryocystitis resp. die dadurch bedingte Verengerung des Thränennasencanals wurde 14 Mal operirt. Ich ging zu diesem Zwecke mit den gewöhnlichen Weber'schen Messerchen

vom oberen Thränencanälchen in den Thränensack und von dort aus direct bis in den Thränennasencanal. Darauf führte ich die dickste Weber'sche Sonde ein. Diese Methode wird in der Heidelberger Augenklinik schon seit drei Jahren mit Erfolg ausgeführt. Es ist nicht zu leugnen, dass ab und zu eine Verengerung sich wieder einstellt, indess ist dies sehr selten. Von den 14 Fällen, welche fast alle auf den Anfang des Jahres fallen, sind noch 10 in Beobachtung, und stellen sich wenigstens ein Mal in jedem Monate vor, um sich die dickste Sonde einführen zu lassen. Bei einem Kinde, welches doppelseitig operirt ist, ist die Einführung der Sonde beiderseits sehr schwierig, es scheint sich wieder eine Verengerung einzustellen, und musste dieserhalb die Sonde alle 14 Tage wieder eingeführt werden. Die übrigen vier Fälle habe ich aus dem Auge verloren.

Die Auslöffelung von Trachomkörnern wurde 11 Mal bei acht Patienten gemacht, und zwar bei drei Individuen an beiden Augen und fünf Mal auf einem Auge. Die genaue Besprechung dieser Fälle siehe in dem Capitel über Auslöffelung, indess so viel will ich hier erwähnen, dass ich bei verzweifelten Trachomfällen die Auslöffelung für ein sicheres Mittel zur Heilung des Trachoms halte.

Die Enucleation wurde 7 Mal gemacht:

2 Mal wegen Bulbusectasie;

3 Mal wegen Iridocyclitis;

2 Mal wegen Glioma, das eine Mal bei einem Kinde von 4, das andere Mal bei einem Kinde von 5 Jahren. In letzterem Fall trat schon 3 Wochen nach der Enucleation Glioma auf dem zweiten Auge ein.

Die gegen Entropium vorgenommene Operation war eine modificirte Snellen'sche. Die eigentliche Operation nach Snellen hat mich in früheren Jahren oft im Stich gelassen, es trat schon früh wieder ein Recidiv ein. Ich habe daher schon vor zwei Jahren die Operationsmethode nach Berlin in Stuttgart combinirt mit der von Snellen. Ich schneide ein ellipsenförmiges Stück aus dem Knorpel indess so, dass die vordere Fläche der Ellipse

viel breiter ist als die hintere. Die Breite der vorderen Fläche ist in der Mitte etwa 2 mm., während sie an der hinteren nur 1 mm. beträgt; es müssen zu diesem Zwecke die Schnitte durch den Knorpel nicht senkrecht, sondern nach hinten schief abfallend geführt werden, so dass die idealen Verlängerungen beider Schnittebenen sich nach hinten treffen müssen. Hierauf werden die Wundränder vernäht; die Nadel dringt oben durch den Hautwundrand bis auf den Knorpel, während sie am unteren Wundrande dicht unter der Epidermis bis zum Ciliarrande durchgeführt wird, so dass die Nadel durch die Haut durchschimmert. Ich habe bei dieser oberflächlichen Nadeldurchführung kein Mal ein Absterben des mittleren Theiles des unteren Läppchens beobachtet, trotzdem letzteres beim Schliessen des Fadens stark nach aussen ectropionirt wurde.

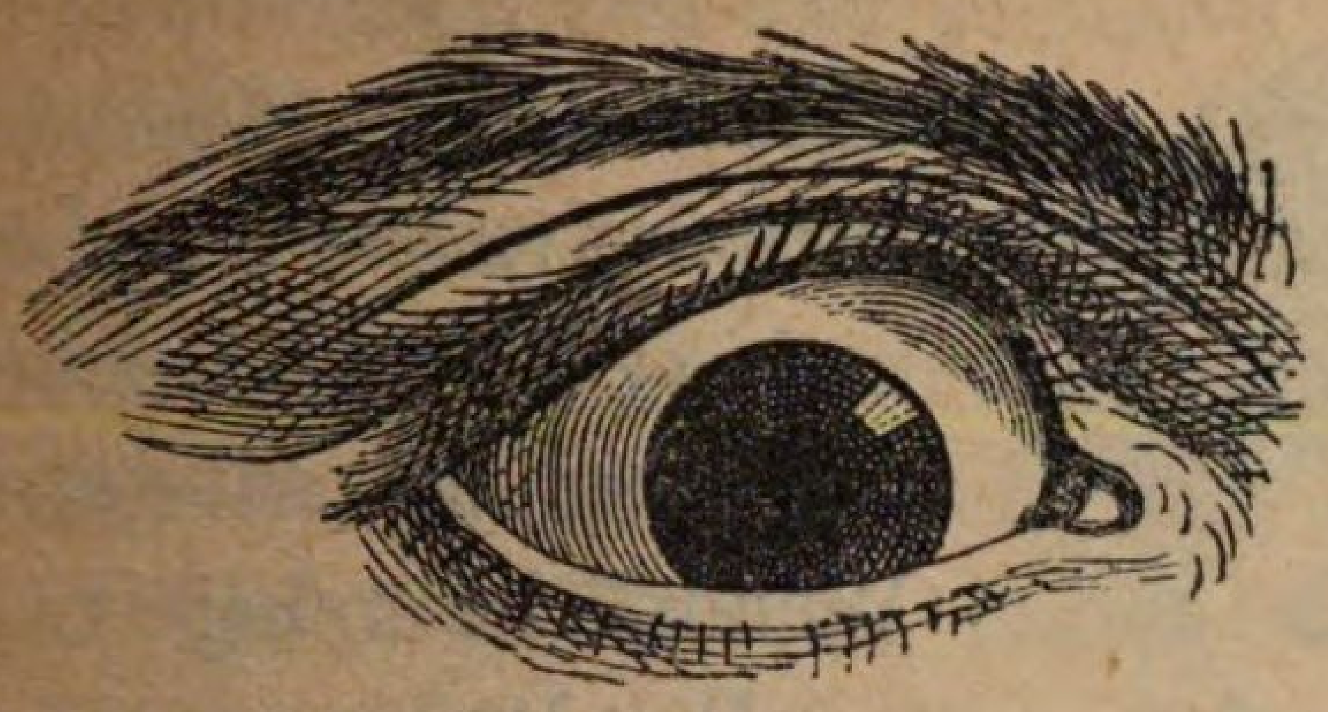
Nach dieser Operationsweise habe ich bisheran kein Recidiv beobachtet, wiewohl ich noch die meisten der Operirten unter Augen habe.

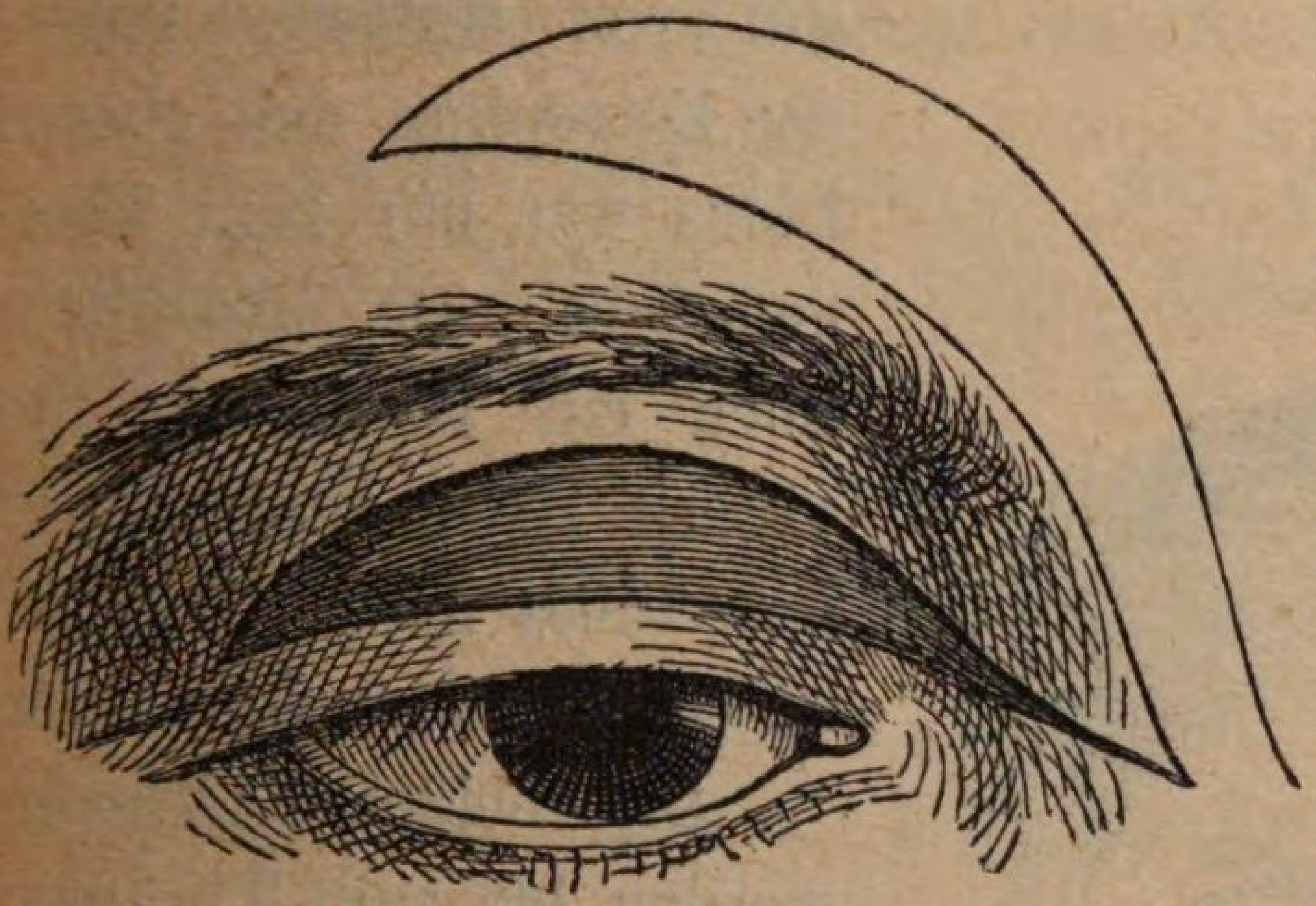
Dreimal wurde eine Transplantation gemacht zur Hebung des Ectropium des oberen Augenlides.

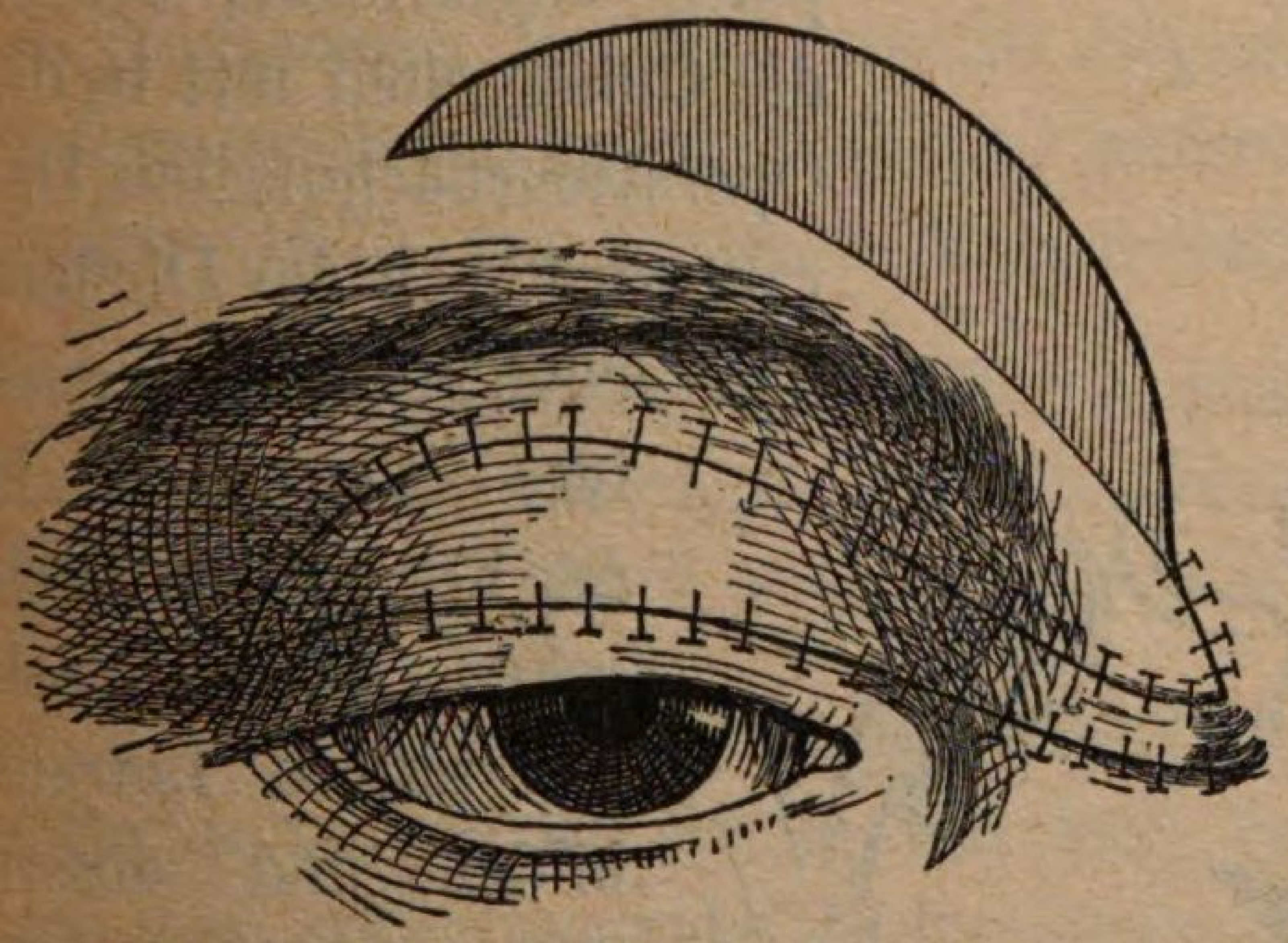
Das Ectropium war zwei Mal durch Brandnarben, einmal durch vernarbten Lupus bedingt. In jedem der drei Fälle war der obere Lidrand am oberen Orbitalrand durch Narben fixirt und das Lid total ectropionirt. Der Lappen wurde jedes Mal von der Stirne genommen mit der Brücke am betreffenden Augenwinkel.

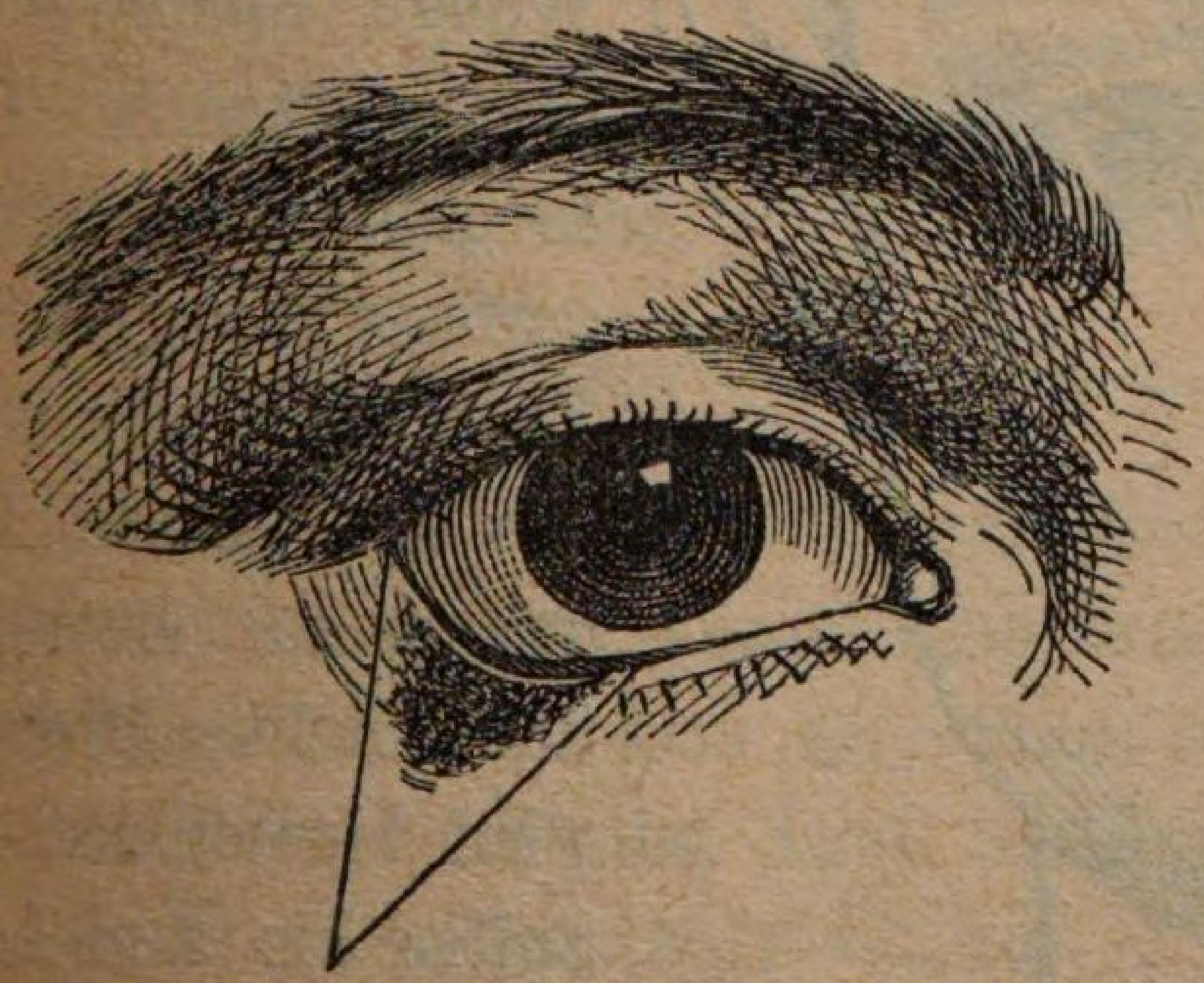
Der augenblickliche Operationseffect war stets ein guter, indess ist nicht zu leugnen, dass das Lid nachher als unbewegliche Klappe über dem Auge hing. In einem ähnlichen Falle würde ich in Zukunft die Operationsmethode von v. Wecker einschlagen, die Lidränder mit einander vernähen und dann Läppchen nach Reverdin aufpflanzen.

In zwei Fällen habe ich nachträglich, da das Ectropium nach der Transplantation sich trotzdem wieder eingestellt hatte, noch die Vernähung der beiden Lider gemacht, nachdem vorher die Narbe incidirt worden war. Ich führe zum leichteren Verständnisse die Fälle hier an:









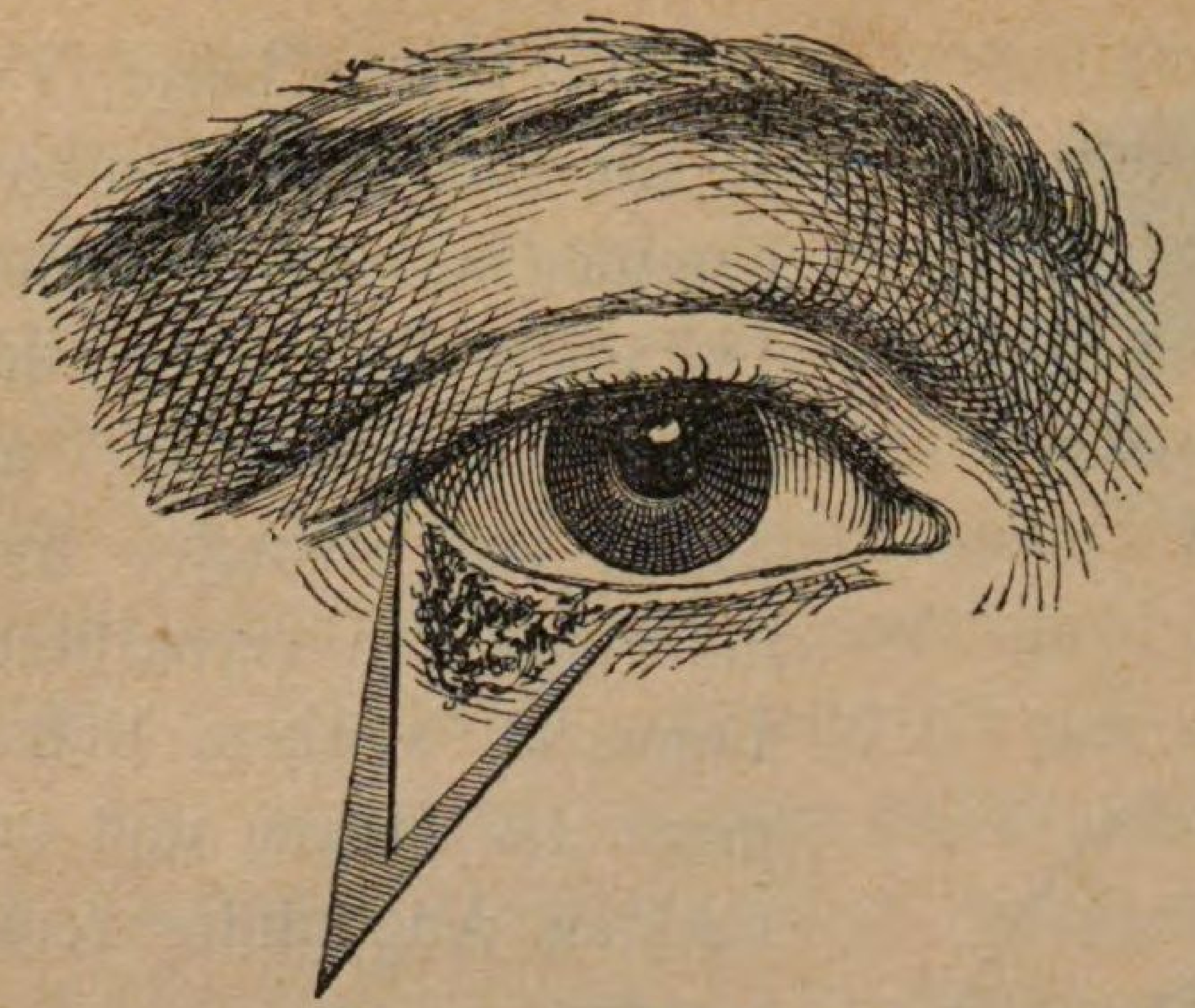
Mertens, Peter, 7½ J. alt aus Cöln, aufgenommen am 28. Novemb. 1875 litt an Caries des linken Fersenbeines, an Lupus der Wange, nnd in Folge von vernarbtem Lupus an starkem Ectropium des oberen und des unteren Augenlides rechterseits.

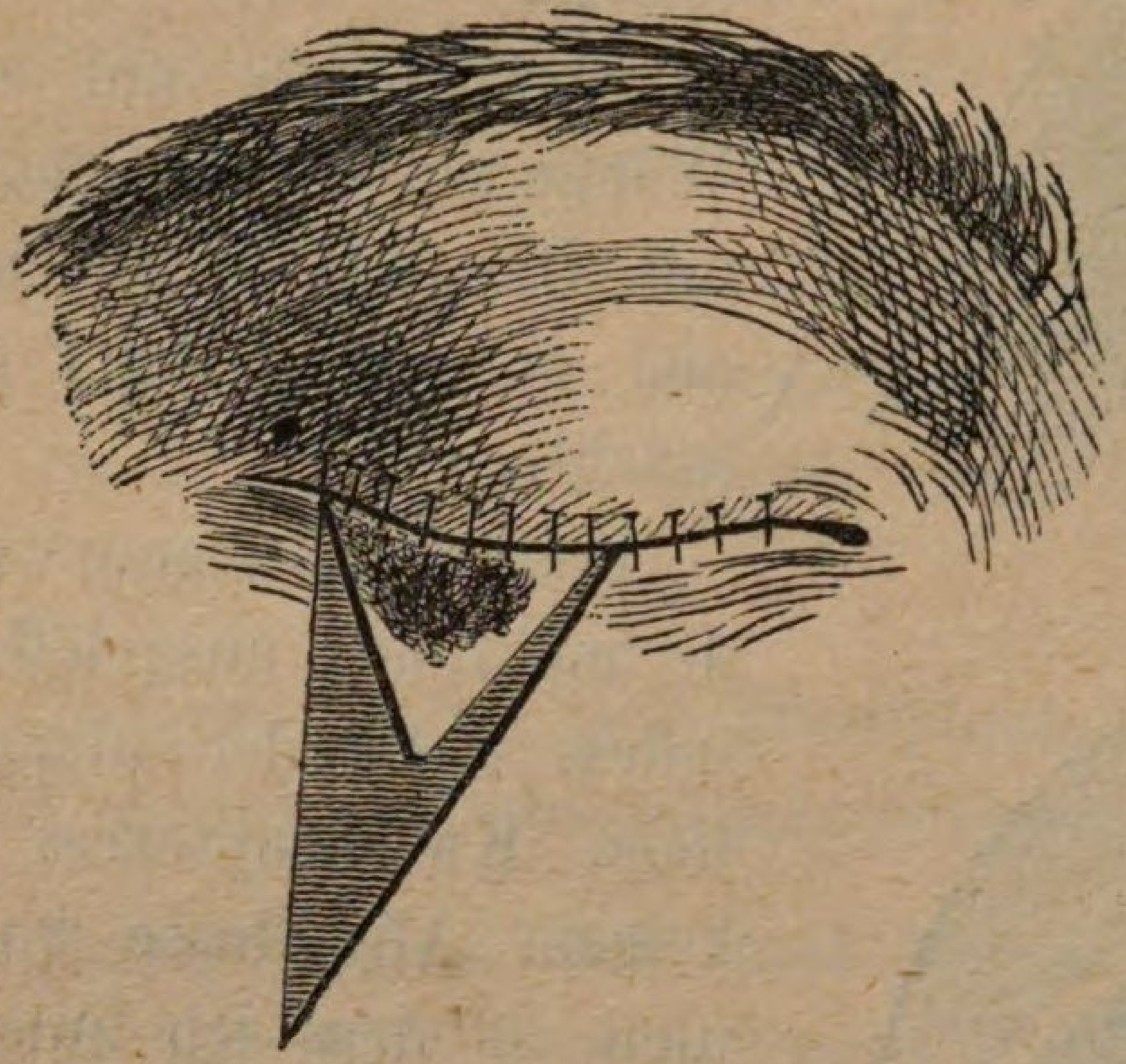
Der Lupus auf der Wange wurde ausgeschabt, mit Clorzinkstift touchirt und so zur Heilung gebracht.

Das Os calcaneum wurde mehrmals ausgelöffelt, indess wollte der entzündliche Knochenprozess zu keinem Abschlusse kommen, so dass ich zuletzt die totale Exstirpation des Os calcaneum machen musste. Die Caries des Fusses ist ausgeheilt.

Das obere Augenlid war durch festes Narbengewebe am Supraorbital-Rande fixirt, und gleichzeitig ectropionirt. Das untere Augenlid ist ebenfalls stark evertirt.

Die Narbe im oberen Augenlide wird incidirt, bis das Lid sich mit Leichtigkeit über den Bulbus ziehen lässt. Hierauf







wird ein Lappen aus der linksseitigen Stirnhälfte, weil die rechte Stirnhälfte narbig entartet ist, gebildet und über die entstandene Wundfläche gelagert.

Die Heilung ging sehr gut von statten, indess das Ectropium des oberen Lides war nur zum Theil gehoben. Da ausserdem noch ein Ectropium des untern Lides bestand, so entschloss ich mich daher zu einer zweiten Operation.

Die beiden Lidränder werden bis zum Thränenpunkt angefrischt, sodass die Cilien nicht mit in die Operationsfläche fallen. Darauf wird nach der Dieffenbach'schen Methode das untere Augenlied in der Form eines Dreieckes, dessen Basis der untere Lidrand bildet und dessen Spitze in die untere Wange hineinreicht, umschnitten. Das so gebildete Dreieck umfasst zum grössten Theil die Narbe, welche das untere Augenlid zur Eversion führte. Das Dreieck wird hierauf von der Spitze bis zum Lid-

rande von der Unterlage abpräparirt, worauf der Lappen sich stark zusammenzieht, und unterhalb desselben der in der letzten Figur mit *d* bezeichnete Defect entsteht. Oberhalb des oberen Lidrandes wird die Narbe zwischen dem Lidrande und dem überpflanzten Lappen incidirt, bis sie ½ Cm. breit klafft. Alsdann werden die angefrischten Lidränder vernäht, worauf die beiden Wundflächen im oberen und unteren Augenlide stärker klaffen. Ueber die Augen wird hierauf ein Druckverband gelegt.

Innerhalb fünf Tagen ist die Wundfläche mit schönen Granulationen bedeckt, die beiden Lidränder sind vereinigt. Es werden von jetzt ab alle acht Tage nach Reverdin Epidermisläppchen aufgelegt, über das Ganze Staniol und dann über das Auge ein Druckverband applicirt.

Der Verlauf war ein guter, innerhalb eines Monates war die Wundfläche vernarbt. (vide Zeichnung, pag. 138.)

Der zweite Fall betrifft den Peter Sponcele, 20 J. alt, aus Hontouisse, Holland, am 30. September 1875 auf der innern Station wegen Typhus abdomin. aufgenommen und am 17. December 1875 zur äusseren Station verlegt.

Der Fall gleicht dem früheren ganz und gar. In Folge von Verbrennung ist das obere Lid am oberen Orbitalrande fixirt, das untere Augenlid stark evertirt.

Auch hier wurde zuerst eine Transplantation von der Stirn versucht, indess der Erfolg war kein vollkommener. Der Lappen war zwar angeheilt, das Ectropium indess nur zum Theil gehoben.

Hierauf wurde nachträglich die nämliche Operation wie im vorigen Falle gemacht.

Der Verlauf war ein günstiger.

Zum Schlusse habe ich die Lidränder getrennt, die Cilien sind ganz erhalten. Die Vernarbung der Lidränder ging sehr rasch von statten. Das Ectropium ist einstweilen gehoben, über das endgültige Resultat kann ich noch keinen Aufschluss geben, da die Zeit noch zu kurz ist.

In einem Falle war der Conjunctivalsack nach einer Enucleation des Auges zu klein zur Prothesis oculi; um die Prothesis zu ermöglichen, musste ich operativ eingreifen. Der Fall ist folgender:

Zündorf, . . . , 15 Jahre aus Cöln, war in der Kindheit die Enucleation gemacht worden. Alle seit Monaten vorgenommenen Bemühungen der Prothesis eines künstlichen Auges waren vergeblich, das obere Augenlid war an seinem oberen Knorpelrande direct mit dem Nervenstumpf verwachsen. Ich incidirte daher die Narbe in der Quere und führte gleich nach der Operation das künstliche Auge ein. Die Heilung ging sehr gut von statten.

Krankheiten der Nase.

Von den Nasenaffectionen restiren nach Abrechnung der Nasenverletzungen und der Caries der Nasenknochen, welche schon beim Gesichte abgehandelt wurden, noch 35 Fälle, 19 bei Männern 16 bei Weibern, und zwar:

1. ulcera narium syphilitica 5 Fälle, 3 männl. 2 weibl., welche meist ausgelöffelt wurden.

2. Epistaxis 7 Fälle, 3 männl. 4 weibl., gegen welche meist die Tamponade in Anwendung gezogen, aber auch zwei Mal Einspritzungen gemacht wurden von einer Lösung von 2,5 Ergotin 7,5 Spirit. rectific. und 7,5 Glycerin, eine halbe Spritze voll zu nehmen. Die Injection, welche in den Nasenrücken hinein gemacht wurde, war jedesmal von Erfolg, ein Mal trat in Folge derselben Erysipelas ein. Von der Vorzüglichkeit der Ergotin-Injectionen habe ich mich auch bei Massdarmblutungen, bei denen alle anderen Mittel im Stiche liessen, überzeugen können.

3. Fremdkörper in der Nase kamen 5 Mal zur Beobachtung, 3 Mal bei Knaben und 2 Mal bei Mädchen. Dieselben wurden stets mit Leichtigkeit mittelst eines hinter den Fremdkörper eingeführten Staarlöffels hervorgehebelt.

4. Polypen kamen 8 Mal zur Beobachtung, und wurden 6 Mal mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt; 2 Mal mit der Polypenzange. Des fibroesen Polypen bei Arthur Meyer ist schon früher gedacht worden.

5. Ozaena ist 9 Mal registrirt worden, 3 Mal bei Männern, 6 Mal bei Weibern, und wurde hier drei Mal die Ausschabung gemacht (s. den Anhang über Anwendung des scharfen Löffels). Hier sei nur bemerkt, dass ich die Auslöffelung für das einzige, radicale und sicher helfende Mittel gegen Ozaena halte.

6. Ein Fall von Epithelioma der Nasenscheidewand bei einem Manne ist noch nachzutragen. Vomfey aus Sülz wurde schon vor zwei Jahren von mir operirt wegen Carcinoma epitheliale der Nasenscheidewand. Patient stellte sich nach einiger Zeit in der Ambulanz mit einem Recidiv vor, das ausgelöffelt wurde und bald heilte.

Krankheiten des Pharynx.

Pharyngitis granulosa ist 15 Mal verzeichnet, 9 Mal bei Männern und 6 Mal bei Weibern. Ich habe dieselbe stets mit dem Galvanokauter behandelt und bei 6 nach 6—8 maligen Brennen der hinteren Rachenwand eine ganz bedeutende Besserung resp. Heilung verzeichnet. Von dreien weiss ich indess bestimmt, dass diese Behandlung gar nicht geholfen, sondern die Patienten noch viel mehr als früher über eine höchst belästigende Trockenheit des Rachens klagen, während mir von den übrigen nichts mehr zu Ohren gekommen ist. Bei einem demnächstigen, frappanten Falle würde ich nach Analogie des Trachoms die Ausschabung machen; und habe ich dies, wie im Anhange verzeichnet, bis jetzt bereits mehrere Male mit sehr gutem Erfolge ausgeführt.

Tonsillitis kam 28 Mal zur Beobachtung, 19 Mal bei Männern, 9 Mal bei Weibern, und wurde 21 Mal die Tousilletomie wegen gleichzeitig bestehender Hypertrophie mittelst Hacken und Messer gemacht.

Abscesse in den Tonsillen kamen 13 Mal, 9 Mal bei Männern, 4 Mal bei Weibern vor und brachte eine Incision in die sich am meisten vorbauchende Stelle, unbekümmert um das velum, eine augenblickliche Erleichterung und rasche Heilung zu Stande. Nur in einem Falle, bei einem 52jährigen Manne, kam eine starke Infiltration der einen Mandel und des umgebenden Gewebes zur

Beobachtung, bei welchem sich rasch unter den Erscheinungen der Septicaemie der Tod einstellte; Section wurde nicht erlaubt.

Diphtheritis des Rachens allein ist 33 Mal verzeichnet, 20 Mal bei Männern, 13 Mal bei Weibern, Dieselben wurden nach den verschiedensten Methoden behandelt, ohne dass ich einer den Vorzug geben könnte. In letzterer Zeit habe ich mich darauf beschränkt, Kali chloricum-Lösungen innerlich und wenn möglich als Gargarisma zu geben und nebenbei Breiumschläge um den Hals zu machen.

Mundaffectionen

sind, abgesehen von den Verletzungen, noch einige nachzutragen:

1. Ein Fall von Glossitis post operationem Ranulae bei einem Weibe.

2. Ein Fall von spontanem Zungenabscesse bei einem Weibe.

3. Zwei Fälle von Ranula behandelt mittelst Excision des Sackes und Touchiren mit Höllenstein bei zwei Weibern.

4. Ein Fall von Makroglossie bei einem Knaben, welcher von Herrn Geheimrath Fischer früher durch quere Abtragung operirt war.

5. 10 Fälle von Stomatitis scorbutica, 6 Männer, 4 Weiber; rasche Heilung durch Behandlung der gleichzeitig bestehenden Magenaffection, scrupulöse Reinhaltung des Mundes durch häufiges Zähneputzen mit pulv. carb. Tiliae und Bepinselung der leicht blutenden Gingiva mittelst Tinctura Catechu.

Zungenkrebs

kam 4 Mal zur Beobachtung. In einem Falle war Rachen und Zunge so stark vom Krebse ergiffen, dass ich damals keine Operation wagte, heute würde ich die Operation nach Billroth machen. Die arme Frau starb eines elenden Hungertodes.

Die übrigen drei Fälle wurden alle operirt:

1. Bach, Jacob, 70 Jahre alt, aus Uerdingen. Die Induration reicht weit nach hinten bis zur Zungenwurzel, doch nimmt sie nur die linke Hälfte derselben ein.

Die Operation wurde mittelst des Ecraseur gemacht, und zwar so, dass die eine Kette in der Mitte die Zunge durchschnitt, während die andere die linke Hälfte der Zunge quer fasste,

Die Heilung ging rasch von statten, Patient wurde 14 Tage nach der Operation entlassen. Derselbe konnte deutlich sprechen und gut schlucken.

2. Endeler, Franz, 54 Jahre alt, Ackerer aus Holzerstey, wurde am 22. November 1875 aufgenommen mit carcinom der Zungenspitze. Es waren jederseits die Submaxillar-Drüsen afficirt. Die Zunge wird ziemlich weit nach hinten zur Hintanhaltung des Recidivs mittelst des Ecraseur entfernt. Die Submaxillar-Drüsen werden ebenfalls entfernt. 5. December 1875 entlassen.

4. Pretzel, August, 64 Jahre alt, aus Stolberg in Pommern, am 27. Juni 1875 aufgenommen. Vor zehn Wochen bemerkte Patient zum ersten Male ein Knötchen an der linken Seite der Zunge, dasselbe wuchs rasch und exulcerirte an der Oberfläche. Das Wachsthum erfolgte um so schneller, als dasselbe von dem behandelnden Arzte mittelst Höllenstein touchirt wurde.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die Zunge bis zum Kehldeckel hin carcinomatös entartet war, besonders an der linken Seite. Beiderseits waren auch die Submaxillar-Drüsen afficirt. Eine reine Exstirpation war vom Munde aus nicht möglich, ich entschloss mich daher das Neugebilde unterhalb des Kinnes herauszunehmen.

Am 27. September 1875 Operation.

Nach der Vorschrift von Billroth im Archiv für klinische Chirurgie 16. Band, 1. Heft, S. 9 war der Mund einige Tage vorher von Schleim etc. befreit worden. Es wurde nun dicht am hinteren Unterkieferrande ein 5—6 Cm. langer Schnitt geführt und von jedem Ende desselben ein 4 Ctm. langer nach hinten, indess so dass beide zugleich nach hinten divergirten.

Der Querschnitt wurde direct bis auf den Knochen geführt und das Periost von der hinteren Fläche des Unterkiefers mit einem Hebel abgelöst. Die Abtrennung der von der spina mentalis entspringenden Muskeln des genio-hyoideus, genio-glossus, des vorderen Bauches des Biventer, wie auch die Trennung der Schleimhaut geschah mit dem Messer.

Hierauf wurden die Seitenschnitte bis in die Mundhöhle hinein vertieft. Dieselben mussten nach innen noch verlängert

werden, einestheils weil der gewonnene Raum zu klein war, und anderntheils, weil doch nachher die Submaxillar-Drüsen entfernt werden mussten.

Hierauf unterband ich die durch das weisse Hervorschimmern des nervus Hypoglossus leicht in ihrer Lage gekennzeichnete Arteria lingualis jederseits, worauf ich die Zunge stark hervorzog und in raschen Zügen amputirte.

Die vorangehende Unterbindung der Arteria lingualis war in diesem Falle durchaus nothwendig, weil der Krebs sehr weit nach hinten reichte. Die Zunge wurde leicht in der Nähe des Kehldeckels amputirt und würde man auch, wenn es nöthig gewesen wäre, noch tiefere Wucherungen, z. B. auf den seitlichen Pharynxwänden haben exstirpiren können.

Der Boden der Mundhöhle war auch schon krebsig infiltrirt, und musste hier noch nachträglich die Exstirpation des krebsig entarteten Gewebes gemacht werden. Die Drüsen wurden vom hinteren Ende des Seitenschnittes aus entfernt. Sodann wurde die Schleimhaut des Zungenrandes an das hintere Ende des Seitenschnittes fixirt, um dadurch das Abfliessen des Schleimes aus der Mundhöhle zu erleichtern, und um die Zellgewebesäcke nach hinten zu überdecken. Die Querwunde wurde darauf vereinigt.

Der Verlauf war ein äusserst günstiger. Patient musste 20 Tage lang mit der Schlundsonde ernährt werden, erst am 4. Juli begann er Schlingbewegungen zu machen und wurde am 9. August entlassen. Die Sprache ist sehr undeutlich, indess kann man ihn doch bei einiger Anstrengung verstehen, das Schlucken geht gut. Der Zungenstumpf ist merkwürdig nach vorne gezogen und verlängert, man sollte kaum glauben, dass ein so beträchtlicher Theil der Zunge entfernt sei.

Diese Methode von Billroth ist eine höchst schätzenswerthe Bereicherung der Operationslehre. Die grosse Zahl der früher als Unoperirbar-Entlassenen, da leider die meisten Erkrankten erst in einem vorgeschrittenen Stadium sich vorstellten, sind dieser Operations-Methode zugängig; die Möglichkeit einer reinen Exstirpation ist nun viel grösser, und manche Kranke, die früher, mit dem Ecraseur behandelt, vielleicht nie ganz von ihrem Leiden befreit wurden, gewinnen durch diese Methode wenigstens die Möglichkeit einer reinen Exstirpation.

Am 30. December, also drei Monate nach der Operation stellte Patient sich mit einem Recidiv vor am Boden der Mundhöhle und an der hinteren Fläche des Unterkiefers. Der Zungenstumpf ist vorne abgerundet, zungenförmig und frei vom Recidiv.

Behandlung: Auslöffellung und Applikation des Ferrum candens.

26. Januar 1876, also sechs Monate nach der ersten Operation, wieder Recidiv, indess nur am Boden der Mundhöhle. Behandlung: Ausschabung.

Patient kehrte im März wieder mit einem Recidiv des Bodens der Mundhöhle und des Zungenstumpfes. Es war nun fraglich, ob man in diesem Falle berechtigt war nochmals zu operiren, indess würde Patient ohne Operation natürlich in Kurzem seinem Leiden erlegen sein. Ich konnte demselben nur alle Envetualitäten vorstellen und betonte namentlich, dass mittelst der grossen Operation, welche eine reine Exstirpation noch möglich mache, wahrscheinlich doch nur für längere oder kürzere Zeit eine Befreiung von seinem Uebel erzielt werden könne. Patient entschloss sich augenblicklich zur Operation, obwohl ich ihm nur ein sehr mässiges Versprechen machen konnte.

Es wurde nun die Unterlippe in der Mitte gespalten und hierauf der centrale Theil des Kinns nach beiden Seiten frei gelegt. Das Mittelstück des Unterkiefers, weil an der hinteren Seite mit afficirt, wurde resecirt und darauf an beiden Seiten die Arteria lingualis unterbunden. Der ganze Boden der Mundhöhle wurde nun exstirpirt, es blieb von demselben fast nichts mehr übrig, als die Haut des Halses mit dem Platysma und den musculus mylohyoideus. Die Zunge wurde bis zum Kehldeckel entfernt, vom Rücken derselben blieb noch etwas zurück, indess am Boden musste ich bis zum Os hyoideum vordringen. Die Wunde blieb unterhalb des Kinnes offen, damit das Secret nach unten hin freien Abfluss hatte. Der Verlauf der Heilung ist ein äusserst günstiger gewesen, 14 Tage nach der Operation wurde Patient entlassen.

26. April. Patient ist noch von einem Recidiv frei.

Krankheiten des Halses und Nackens.

166 Fälle; 100 männl., 66 weibl.

Entzündungen des Halses und des Nackens.

1. Acute Halsdrüsenentzündungen. 12 Fälle; 7 männl., 5 weibl.

Die acuten Halsdrüsenentzündungen kamen meistens in's Hospital, wenn sich schon Eiter gebildet hatte. Die Behandlung bestand in frühzeitiger Incision und Anwendung von Breiumschlägen; in der letzten Zeit habe ich indess, was später unter dem Capitel über die Anwendung des scharfen Löffel zur Sprache kommt, alle Fälle nachher ausgekratzt, wodurch ich stets eine bedeutende Abkürzung der Heilungsdauer erzielt habe.

2. Chronische Halsdrüsenentzündungen.

Die chronischen Halsdrüsenentzündungen, die scrofulösen Drüsen, sogenannte Lymphome wurden anfänglich mit Jodtinctur örtlich und allgemein behandelt. Zeigte sich darnach keine Besserung, so wurden sie exstirpirt; sie werden abgehandelt bei den Neubildungen.

3. Tuberculöse Drüsenentzündungen.

6 Fälle; 4 männl., 2 weibl.

Tuberculöse Drüsenentzündungen sind stets ausgekratzt worden, sobald sie käsige Heerde zeigten. In letzter Zeit habe ich es jedoch vorgezogen auch zu exstirpiren, weil meist neben den käsig zerfallenen Drüsen noch entzündete Drüsen eines früheren Stadiums vorhanden sind, die dann in ihrer weiteren Entwickelung zu erneuerten Operationen Veranlassung geben.

Es ist allerdings nicht zu leugnen, dass fast ausnahmslos die Drüsen bis zur Carotis vordringen, und dass die reine Exstirpation dem Operateur oft einige Schwierigkeit in den Weg legt; indess darf dies für den Chirurgen kein Grund zur Vertauschung derselben mit einer leichter ausführbaren, in ihrer Wirkung aber unsicheren Operationsmethode sein.

Ich habe im Jahre 1876 schon 9 Mal die Halsgefässbündel wegen tuberculöser Halsdrüsenentzündung in ausgedehntem Mass entblösst ein Mal war das ganze Gefässbündel von der Clavicula bis zum Unterkieferwinkel freigelegt. Durch diese

Operationsmethode erzielt man jedenfalls eine reine Exstirpation alles Krankhaften, was durch die Auslöffelung meist nicht erreicht wird. Alle diese Fälle haben einen günstigen Verlauf genommen.

Die gefahrvolle Mühe bei der Entblössung bei der grossen Gefässe wird einen Chirurgen wohl nicht vor der Operation zurückschrecken, mehr indess vielleicht der unglückliche Ausgang eines Falles, welchen ich im Jahre 1875 beobachtete, und den ich damals auf die Nähe der Gefässscheide und die dadurch bedingte grosse Wahrscheinlichkeit einer Venenentzündung und auf die Unmöglichkeit eines luftdichten antiseptischen Abschlusses schob. In Bezug auf letzteren Punkt hat sich meine Ansicht im Laufe der Zeit geändert; bei gehöriger Einpackung des Halses, der anstossenden Kopf- und Gesichtshälfte und der Schultergegend mit Saliclywatte halte ich einen luftdichten Abschluss für möglich. Es dürfte daher dieser Grund des unglücklichen Ausganges der Extirpation tubercolösen Halsdrüsen nicht als Einwand gegen die Operation gebraucht werden. Ich gebe jetzt der Exstirpation mit dem Messer den Vorzug vor der Auslöffelung.

4. Phlegmonöse Entzündungen des Halszellgewebes.

5 Fälle; 3 Männer, 2 Weiber.

Die phlegmonösen Entzündungen des Halszellgewebes kamen 5 Mal vor. Die Behandlung bestand in Anwendung von Breiumschlägen und Incision; auch hier würde ich nach meinen jetzigen Erfahrungen auslöffeln.

5. Tuberculöse Hautgeschwüre.

4 Fälle; 2 männl., 2 weibl.

Tuberculöse Hautgeschwüre wurden stets ausgekratzt.

6. Furunkel. 6 Fälle; 4 männl.; 2 weibl.

7. Carbunkel im Nacken. 8 Fälle; 6 männl.; 2 weibl.

Bei Carbunkel wurde stets ein Sternschnitt durch die Basis des Carbunkels gemacht und darauf Charpie, welche in Tinctura ferri sesquichlorati getränkt war, in die Schnitte eingedrückt; in letzter Zeit habe ich die Carbunkel ausgekratzt.

8. Struma. 6 Fälle; 1 Mann, 5 Weiber.

Struma habe ich sechs Mal beobachtet. Die Behandlung beschränkte sich, da niemals eine dringende Indication zu einem operativen Eingriffe vorlag, auf die übliche Behandlung der Einreibung mit Jodsalbe und den internen Gebrauch von Jod.

9. Spondylitis cervicalis. 4 Fälle; 3 Männer, 1 Weib.

Die Spondylitis cervicalis wurde stets mittelst Extension behandelt; der eine Fall ist noch in Behandlung, während der andere geheilt ist.

Knabe Breuer, 10 Jahre alt, aus Cöln, wurde aufgenommen mit Spondylitis cervicalis. Patient war bis vor 8 Tagen gesund. Bei einer Contusion des Kopfes durch Fall trat plötzlich der Schiefhals ein. Ich stellte die Diagnosis auf Caput obstipum in Folge von Entzündung der seitlichen Halswirbelgelenke. Die Anamnese bestätigte, dass der Knabe schon seit einigen Wochen mit einer eigenthümlich steifen Kopfhaltung einherging. Es bestand Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die seitliche Halsgegend. Behandlung: Extension mittelst einer Kopfschlinge während drei Monaten.

Geheilt entlassen.

Der andere Fall wurde 8 Tage vorher von mir an Diphtheritis des pharynx behandelt.

Kind Kremer, 5 Jahre alt, aus Cöln, zeigte plötzlich nach Ablauf der Diphtheritis eine kyphotische Knickung des Halses und Schmerz bei Druck auf die hintere obere Halsgegend.

Behandlung: Extension.

Zwei Fälle von eiteriger Halswirbelentzündung waren in meiner Behandlung. Behandlung: ebenfalls Extension.

10. Drüsen-Narbendifformität 2 Fälle; 1 Mann, 1 Weib.

Einmal kam eine Narbendifformität bei Frl. Sophie, 20 Jahre alt, aus , vor. Die Narbe lag an der rechten submaxillar-Gegend und war sehr strahlich und breit, in derselben mündeten mehrere Fisteln von in der Tiefe noch liegenden eiternden tuberculösen Drüsen ausgehend. Ich excidirte die Narbe so wie die Drüsen und vernähte die Wundränder mittelst Catgut. Der Verband nach Thiersch.

Der Wundverlauf war ein sehr guter, indess entstand auch hier wiederum, wie so oft bei Vereinigung durch Catgut durch

die starke Quellung des Catgut ein tiefer Wundkanal um jeden Faden. Die Heilung ging sehr gut von statten; jedoch die Narbe, so wie auch besonders die Stichkanäle der Catgutligaturen verdickten sich allmälich immermehr, so dass allerdings die Narbe viel schmäler, weniger strahlich, dafür aber dicker, keloidartig ist. An jedem Stichkanal stehen hemdenknopfartige Verdickungen hervor.

Ich habe der Patientin die nochmalige Exstirpation der Narbe vorgeschlagen.

11. Es sind 2 Difformitäten durch Contractur des musc. sternocleidomastoideus erwähnt.

Hubo, Margaretha, 9 Jahre alt, am 18. August aufgenommen mit rechtsseitigem caput obstipum. Durchschneidung des musc. sternocleidomastoideus und Tragen einer Cravatte.

Am 30. August 1875 geheilt entlassen.

Schaale, Wilhelm, 19 Monate alt, am 1. September 1875 aufgenommen. Subcutane Durchschneidung des musc. sternocleidomastoideus. Am 3. September 1875 entlassen.

Neubildungen

kamen 32 Mal vor; 21 Mal bei Männern, 11 Mal bei Weibern.
7 Mal am Nacken, 24 Mal am Halse.

Der Geschwulstart nach vertheilen sich dieselben:

Atherome	3 Fälle,	2 Männer,	1 Weiber.
Teleangiectasien	3 „	1 „	2 „
Lipome	1 „	— „	1 „
Lymphome	15 „	8 „	7 „
Carcinome	1		

Secundäre Carcinome der Lymphdrüsen 7 Fälle, alle bei Männern.

Sarcome 1 Fall bei einem Manne.

Cyste vom Schleimbeutel des Zungenbeines ausgehend 1 Fall bei einem Manne.

Die Atherome wurden mit dem Balg exstirpirt, die Teleangiectasien abgebunden, das Lipom, welches im Nacken sass, excidirt, die Lymphome wurden nur dann aufgenommen, wenn sie

gross und entstellend waren; auf diese Weise kamen 9 Fälle zur Operation. Dieselben betrafen drei Mal nur das Trigonum superius, die übrigen Male erstreckte sie sich auch dem Gefässver laufe entlang weiter nach unten, drei Mal lagen Drüsen hinter dem musculus sternocleidomastrideus, die Drüsenpakete waren sechs Mal sehr gross und sehr entstellend. In vier Fällen musste die Gefässscheide des Halses in mehr oder weniger grosser Ausdehnung entblösst werden. Unter 12 Fällen trat bei einem Erysipelas migrans ein.

Hemeler, Franz, 18 Jahre alt, Färber aus Heninghausen, litt an ulcera cruris und Lymphomata colli. Letztere waren sehr gross, füllten das trigonum cervicale superius aus und erstreckten sich der Gefässscheide entlang vor dem Sternocleidomastoideus nach unten. Hinter dem Sternocleidomastoideus lagen noch mehrere Drüsenknoten.

Am 25. November Operation.

Es wurden vor dem Sternocleidomastoideus, sowie hinter demselben durch einen daselbst gelegten Schnitt die Drüsen entfernt. Die Gefässcheide lag hierbei in einer Ausdehnung von einem halben Zoll bloss. Am 29. November trat Fieber ein. Temperatur Abends 40,2; örtlich war nichts nachzuweisen.

31. Januar. Erysipelas. Behandlung: Bepinselung mit Lapislösung; Patient wurde dann bald geheilt entlassen.

Ein zweiter Fall endigte unglücklicher:

Lückerath, Peter, 36 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, wurde am 23. Februar 1875 aufgenommen. Patient litt seit seinem 7. Jahre an Drüsenanschwellungen, welche allmälich wuchsen. Beide Submaxillargegenden sind von einer grösseren Geschwulst eingenommen, welche sich unterhalb des Unterkiefers stark vordrängt und dem Gesichte einen eigenthümlichen Ausdruck verleiht.

Am 14. März wird rechterseits die Operation vorgenommen. Entlang dem untern Rande des Unterkiefers, einen halben Zoll von ihm entfernt, wird ein drei Zoll langer Schnitt geführt und werden mindestens acht taubeneigrosse Drüsen entfernt. Die Drüsen wurden mehr mit den Fingern herausgeschält, als mit dem Messer herausgeschnitten; die Heilung ging sehr rasch von statten.

Am 25. März schritt ich zur Operation der andern Seite. Bei der Operation wurde die Gefässscheide in grosser Ausdehnung entblösst; Verband nach Lister.

Am 26. März bekam Patient Erbrechen und viel Durst. Temp. 40,1. Es stellten sich bald Schüttelfröste ein und am 31. März starrb Patient an Pyaemie. In der Lunge waren Infarcte, um das rechte Schultergelenk herum Eiterinfiltrationen.

Es sind 2 Fälle von Carcinom registrirt; das eine ein Carcinom des Kehlkopfes, welches bei den Tracheotomien Erwähnung findet. Ausserdem 7 Secundär-Carcinome der Submaxillardrüsen, von denen 6 operirt wurden, während einer die Operation verweigerte. Diese Fälle kamen alle zur Sprache bei den Primaeraffectionen. Die Metastase erfolgte 3 Mal bei Zungen- und 4 Mal bei Lippen-Carcinom.

Ein Fall einer multilobulären Colloidcyste des Zungenbeins ist verzeichnet.

Dienlagen, Carl, 28 Jahre alt, Bureau-Beamter aus Gieseke, wurde aufgenommen wegen eines acuten Ekcems. Während der Behandlung entdeckte ich oberhalb der Cartilago-Thyreoidea eine wallnussgrosse Geschwulst, die fluctuirte.

Am 12. November Operation. Ich verfolgte einen Ausläufer durch das Ligamentum Thyreohyoideum bis vor das Zungenbein. Die exstirpirte Cyste war multilobulaer und hatte einen colloiden Inhalt. Patient wurde am 22. December entlassen. Der lange Aufenthalt im Hospital war bedingt durch eine intercurrente Nephritis acuta.

Kurz erwähne ich hier noch eines Carcinoms, welches der ganzen Beschreibung nach von der Gefässscheide des Halses ausging.

F, 46 Jahre alt, aus Cöln, bemerkte vor 2 Jahren zuerst einen Knoten, welcher rechterseits vor dem Sternocleidomastoideus liegend unterhalb des Unterkiefers wie eine harte Drüse begann und allmälich bis zur jetzigen Grösse weiter wuchs. Die Geschwulst dehnte sich vom Unterkiefer bis zur Clavicula aus, und vom Kehlkopfe, welcher stark nach links hinübergedrängt war, fast bis zum Processus spinosus. Der Hals kann kaum gedreht werden. Im rechten Arm hat Patient sehr viel Schmerzen und Ameisenkriechen, die Carotis comm.

ist gegen den Kehlkopf angedrückt noch etwas hinauf zu verfolgen, worauf sie in der Geschwulst verschwindet. An eine Exstirpation dieser Geschwulst ist nicht zu denken. Injection von Sollutio Fowleri hat absolut keinen Einfluss. So starb Patient am 7. März 1876.

Zum Schlusse füge ich noch die Krankengeschichte eines Mannes bei, welcher an Sarcom der Halsdrüsen litt, da der Fall wegen der grossen Ausdehnung der Operation manches Interessante bietet.

Carl N., 35 Jahre alt, aus X., wurde vor 4 Monaten von einem hiesigen Collegen wegen eines Neugebildes des weichen Gaumens und Zäpfchens operirt. Der hintere Theil des weichen Gaumens wurde von ihm in eine galvanokaustische Schlinge gefasst und entfernt. Patient stellte sich dann wieder mit einem Recidiv in der Submaxillar-Gegend vor und wurde mir dieserhalb überwiesen.

Status praesens: Patient ist ziemlich abgemagert und äusserst aufgeregt und wird von Zeit zu Zeit von einem dyspnoeischen Anfalle attaquirt, wobei er zugleich in einen leichten Husten verfällt. Der Anfall kann am besten durch Vornüberbücken des Kopfes gehemmt werden und dauert immer nur einige Minuten. Der weiche Gaumen ist quer durchschnitten und zeigt am hinteren Rande eine platte Narbe. Die Gegend unterhalb der rechten Unterkieferhälfte ist von einer strausseneigrossen Geschwulst eingenommen, welche stellenweise Fluctuation zeigt. Sie drängt den Boden der Mundhöhle etwas nach oben und reicht tief hinter den Unterkieferwinkel hinein. Der Musculus Sternocleidomastoideus ist stark nach aussen, der Kehlkopf nach links hinübergedrängt. Die untere Spitze der Geschwulst bleibt etwa 1″ von der Clavicula entfernt, die Carotis communis konnte nur bis zum untern Rande der Geschwulst verfolgt werden. Es handelte sich also um ein Recidiv in den Drüsen der Zwischenräume, welche die Lymph-Gefässe um die Carotis herum bilden, wahrscheinlich mit Umwachsung dieser Gefässe selbst nnd des Nervus vagus. Ich stellte dem Patienten das Verzweifelte seiner Lage vor und verhehlte ihm nicht die Möglichkeit, dass er in der Operation auf dem Operationstische bleiben könne. Er entschloss sich zur Operation. Es wurde ein Längsschnitt über die ganze Geschwulst gelegt

und darauf das Neugebilde sehr mühsam, (da das umgebende Gewebe überall mit der Geschwulst verwachsen war,) herauspräparirt. Hierbei musste schon die Jugularis externa am peripheren und centralen Ende und deren Ast die Vena facialis unterbunden, werden. Bei der Operation folgte ich der goldenen Regel von v. Langenbeck, die Geschwulst von unten aus abzupräpariren, um auf die Gefässscheide zu gelangen und zu sehen, ob es möglich sei, dieselbe von der Gefässscheide loszulösen. Letzteren Versuch musste ich bald aufgeben. Ich führte daher unter jedes Gefäss, Vena jugularis interna und Arteria carotis comm. eine Doppel-Ligatur und unterband die Gefässe nach oben wie nach unten, um in der Mitte zwischen den Ligaturen zu durchschneiden. Ehe ich den Schnitt wagte, überzeugte ich mich durch Abheben der Gefässe, dass kein Reiz von Seiten des Vagus eintrat. Der Vagus kam mir einstweilen nicht zu Gesicht, doch wurde der Ramus descendens nerv. hypoglossi durchschnitten. Darauf wurde die Geschwulst nach innen vom Kehlkopf und vom seitlichen Lappen der Glandula-thyreoidea abpräparirt, an dem sie ansass. Hierbei musste die Arteria thyreoidea super et infer. unterbunden werden.

Es ereignete sich hierbei, dass zwischen Cartilago thyreoidea und Os hyoideum ein Einriss entstand, so dass das Blut in den Pharynx und Larynx lief und Luft nach aussen austrat, wobei Patient stark hustete.

Hierauf wurde die Geschwulst nach aussen frei präparirt der Nervus access. Willisii durchschnitten, und dann nach oben, wo die Arteria thyreoidea super. und inter. und Arteria lingualis nebst den begleitenden Venen und zwar doppelseitig unterbunden werden mussten. Dann folgte die Trennung vom untern Ende der Parotis und vom hintern der Glandula submaxillaris, womit die Geschwulst ebenfalls verwachsen war; dabei wurden die Nervi hypoglossus et lingualis durchschnitten. Darauf folgte die Trennung von den Muskeln, welche vom Processus mastoideus und styloideus herkommen. Jetzt konnte die Geschwulst von unten her aus der Nische zwischen Kehlkopf und Sternokleidomastoideus von der Wirbelsäule abgehoben und bis zum oberen Ende frei präparirt werden. Es hing dieselbe nunmehr noch an einem Stiele, der von den Carotiden (Arterien

und Venen) gebildet wurde; selbiger wurde in eine Schlinge gefasst und unterhalb derselben durchschnitten. Ueberblicken wir die Reihe der Unterbindungen, so waren es Vena jugularis externa et interna, Vena facialis comm., Carotis interna et externa, Carotis comm., mit begleitenden Venen, Arteria thyreoidea sup. et inf. mit begleitenden Venen, Arteria submaxillaris, lingualis mit den Venen. Der Vagus war aus seiner Lage ganz dislocirt und lag nach aussen von der Vene, jedoch schmiegte er sich nach unten hin wieder an dieselbe an. Derselbe drang in die Geschwulst ein und alle Bemühungen, ihn frei zu präpariren, misslang. Da bei Druck auf denselben keine androhlichen Erscheinungen eintraten, so extirpirte ich ihn. Patient war nach der Operation etwas collabirt (Temp. Abends 38,3) kann indess nicht schlucken und muss beim Versuche sofort husten, da das Getränk in die Trachea läuft. Ebenso konnte Patient den im Rachen angesammelten Eiter nicht expectoriren in Folge der Durchschneidung der die Constrictorespharyngis versorgenden Aeste des Nervus vagus. Es musste desshalb die Ernährung mit der Schlundsonde unterhalten werden, um das Eintreten von Flüssigkeiten in die Trachea zu verhindern, und eine consecutive Pneumonie fernzuhalten. Ausserdem hatte Patient eine heisere Stimme, wohl bedingt durch Lähmung des Nervus laryngeus inferior. Laryngoscopische Untersuchung war noch nicht möglich. Die Zunge wich nach rechts ab; sie krümmte sich beim Versuche, sie vorzustrecken, nach rechts, so dass ihre Spitze mit dem Zungenkörper einen nach rechts offenen Winkel bildete. Ich erinnere daran, dass der Nervus hypoglossus durchschnitten war, und verweise für die Erklärung des Phaenomen's auf Hirtel, welcher sagt: Wird der hypoglossus gelähmt, z. B. rechts (hier durchschnitten), so wird die dadurch gegebene Paralyse des rechten Musculus hypoglossus und stylogossus, das rechte Zungenbeinhorn herabsinken machen, wodurch der rechte Zungenrand gegen den rechten Mundwinkel gezogen wird, und dieses um so mehr, als die ebenfalls in der Lähmung des Hypoglossus liegende Paralyse des Musculus styloglossus keinen Gegenzug anbringen kann.

Da Nervus accessorius Willisii ebenfalls durchnitten war, so wurde auch der Kappenmuskel gelähmt und musste die

Scapula nach unten und aussen sinken; letzteres konnte man in ganz auffallender Weise nachweisen. Das untere Ende der Parotis war, weil zu fest mit der Geschwulst verwachsen, mit entfernt und dabei der Facialis durchschnitten worden. Es zeigten sich desshalb auch alle Erscheinungen der Facialis-Lähmung. Der Mundwinkel hing rechts herunter, während er links gehoben und nach dieser Seite herübergezogen war. Da ferner der Nervus lingualis durchschnitten war, so hätte man auch einen Anhaltspunkt gewinnen können für die Einwirkung dieses Nerven auf die Geschmacksempfindung. Patient hatte die Operation im Ganzen recht gut überstanden; die Temp. war Abends 39,0. Doch trat sehr bald ein hypostatische Pneumonie ein, woran Patient zu Grunde ging, 14 Tage nach der Operation.

Affectionen des Kehlkopfes.

Es kamen zur Beobachtung:

Einfacher Katarrh	in	23	Fällen.
Diphtheritis resp. Croup	„	83	„
Tuberkulöse Ulcera	„	9	„
Syphilitische Laringitis	„	5	„
Aphonia-hysterica	„	3	„
Fremdkörper (Nadeln) im Larynx	„	1	„
Verbrennung des Larynx	„	1	„
Polypen	„	4	„
Carcinom	„	1	„

Einfacher Kartarrh wurde alle 2—3 Tage mit einer Lapislösung (1—30) touchirt.

Tuberculöse Ulcera sowie syphilitische Laryngitis wurden consitutionell behandelt, letztere nebenbei bisweilen auch touchirt.

Bei der Aphonia hysterica wurden innerlich Antihysterica, Valeriana etc., und örtlich der Inductionsstrom angewandt. Der Fremdkörper und die Polypen wurden mittelst der Zange entfernt. Der eine Fall von Carcinom wird, da wegen ausgedehnter Mitleidenschaft der Nachbartheile sich keine totale Exstirpation des

Kehlkopfes vornehmen liess, und wegen eintretender Dyspnoe, die Tracheotomie gemacht werden musste, bei dieser zur Sprache gebracht. An derselben Stelle wird die Verbrennung abgehandelt werden.

Von den Kehlkopf-Affectionen interessirt uns am meisten der Croup resp. die Diphtheritis, die ebenfalls dem Capitel Tracheotomie einverleibt sind.

Tracheotomie.

wurde 88 Mal gemacht, uud zwar 85 Mal wegen Cronp resp. Dyphtheritis und 5 Mal wegen anderer Affectionen. Von letzteren wurden 2 als Vorakt für Operationne in der Mundhöhle ausgeführt. (Vergleiche die betreffenden Fälle.)

Meier, Arthur. Entfernung eines fibrösen Polypen aus der Nasenrachenhöhle, und

Fuchs, Gertr. Exstirpation eines ausgedehnten und weit in die Tiefe reichenden Epithelioms der Nase.

Das dritte Mal wurde tracheotomirt wegen einer ausgedehnten Verbrennung des Pharynx und Larynx. Der Fall ist dieser:

Hullrath, Joh., 45 Jahre alt, wurde am 12. September 1875 aufgenommen wegen Verbrennung der ganzen Mund- und Rachenhöhle, soweit dieselbe der Autopsie zugänglich war. Am Gase beshäftigt, hatte er das brennende Gas eingeathmet. Patient konnte nicht schlucken. Bald trat starke Dyspnoe und Trachealrasseln ein. Dies bildete die Indication zur Tracheotomie am 13. November. Am 14. war die Athmung freier, indess konnte Patient noch nicht schlucken. Bei dem Versuche, denselben mit der Schlundsonde zu ernähren, strömte die zur Nahrung bestimmte Flüssigkeit in einem Gusse durch die Tracheal-Röhre heraus. Es musste daher von der Ernährung mit der Schlundsonde Abstand genommen und die künstliche Ernährung durch Klystiere eingeleitet werden.

Am 16. September trat der Tod ein.

Die Section ergab: Verbrennung der ganzen Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre in ihrem obern Drittel. Letztere war missfarbig, gangränös; daneben bestand Oedema pulmonum.

Der 4. Fall betraf ein Oedema glottidis bei Frau Nüchel, 30 Jahre alt, welche in Extremis operirt wurde.

Der 5. Fall ist folgender:

A . . . Peter Joseph, Dienstmann aus . . ., 54 Jahre alt, war schon seit dem 15. October 1874 im Hospital.

Sein Leiden begann mit einer Abscessbildung der Gegend der Cartilago thyreoidea, es wurde damals die Diagnose auf Necrose syphilitica gestellt, da Patient früher an Syphilis gelitten hatte, und man mit der Sonde auf entblösste Kehlkopfknorpel gelangte. Laryngoscopisch war nichts mehr nachzuweisen, da der stark verdickte Kehldeckel alles verdeckte. Respiration war noch frei.

Behandlung: Incis. Cataplasmen und Antisyphilitica (Schwitzkur). Es entwickelte sich nun ab und zu um den Kehlkopf herum Abscesse, welche incidirt wurden. Im Beginne des Jahres 1875 stellten sich von Zeit zu Zeit leichte dyspnoetische Krampfanfälle ein und musste Patient in einer Nacht in einem asphyctischen Anfalle tracheotomirt werden. Die Operation wurde so zu sagen an der Leiche gemacht. Herr Dr. Conzen drang direct mit einem Schnitt in den Kehlkopf ohne dass ein Tropfen Blut floss. Erst nach 1½ stündlicher Beschäftigung mit dem Patienten gelang es, denselben durch künstliche Respiration, durch Faradisation des Phrenicus, Campheröl-Injection wieder in's Leben zurückzurufen. Da sich immer mehr herausstellte, dass ein Carcinom des Kehlkopfes die Ursache des Leidens war, so schwankte ich lange, ob ich nicht den ganzen Kehlkopf entfernen sollte. Indess, da die Carotiden beiderseits von der Geschwulstmasse umwachsen waren, und jedenfalls der Vagus auch betheiligt war, so bestimmte mich dieser Umstand, den Patienten seinem Schicksale zu überlassen. Er starb 3½ Monat nach der Tracheotomie.

Die Section ergab: Eine grosse Ausdehnung des Carcinoms; es reichte beiderseits bis über die Carotis hinaus und nach unten entlang der Trachea bis zur Bifurcation der Trachea.

Die Tracheotomie wurde ausserdem 83 Mal wegen Croup resp. Diphtheritis gemacht. Die Tracheotomie bei Croup resp. Diphtheritis ist allerdings keine Operation, wofür man sich besonders begeistern kann. Volkmann sagt davon L. c. Seite 30: „Ich gestehe ganz offen, dass die Tracheotomie bei Croup und

Diphtheritis, die ich im Beginne meiner chirurgischen Laufbahn ausserordentlich häufig ausgeführt habe, wegen ihrer ganz unberechenbaren Resultaten keine Operation ist, für die ich mich in den letzten Jahren mehr besonders habe interessiren können.“

Es ist nicht zu leugnen, dass die Tracheotomie keine Operation ist, wodurch der Chirurge als Anfänger für seinen Ruf sorgt, indess trotzdem sind die Resultate hierselbst gute zu nennen, wenn man bedenkt, dass die Operation leider auch hier in Cöln noch im äussersten Nothfalle ausgeführt wird, dass die Angehörigen erst dann dem Drängen des behandelnden Arztes nachgeben, wenn das Kind in extremis liegt. Die Kinder werden hierselbst fast stets erst dann zum Hospitale befördert, wenn die Eltern selber den herannahenden Tod mit Sicherheit voraussehen. Sehr oft habe ich, resp. in meiner Vertretung einer meiner Assistenzärzte die Operation ausgeführt bei schon intermittirender Athmung. Es ist indess Grundsatz bei uns stets zu operiren und selbst wenn das Kind unter dem Messer bleiben sollte. In einem Falle verweigerte ich die Operation in einem Anfalle von gerechter Aufregung über die späte Beförderung zum Hospitale des in den letzten Zügen liegenden Kindes. Trotzdem machte ich in raschen Zügen, unbekümmert um Blutung die Operation, und das Kind lebte noch 12 Tage.

Die Operation gibt in der Privatpraxis, trotzdem das häufig die nachherige Verpflegung des Operirten eine schlechte ist, trotzdem oft geschulte Hände, welche doch nirgends von grösserer Wichtigkeit sind als hier, fehlen, eine weit bessere Prognose und dies aus keinem andern Grunde, als weil in allen diesen Fällen das vereinigte Urtheil des behandelnden Arztes und des Specialisten den Eltern die Erlaubniss viel früher zur Operation abzwingt, als es sonst in den untern Ständen gelingt. So habe ich z. B. mit Herrn Dr. Klein II im Ganzen 8 Tracheotomien, 5 in der Privatpraxis und 3 im Hospitale gemacht, und von diesen 8 Kindern ist nur ein einziges gestorben. Die Behandlung war in allen Fällen dieselbe, wie sie im Hospitale im Gebrauch ist, nur fehlte hin und wieder die pflegegeübte Wärterin, und trotz alledem war das Resultat ein viel günstigeres als im Hospitale. Da nun aber Herr Dr. Klein dem Grundsatze folgt, den Eltern die Tracheotomie vorzuschlagen, sobald sich die

Stenosis des Kehlkopfes kennbar macht und Dispnoe eintritt, so liegt die Erklärung für diese Erscheinung auf flacher Hand.

Von den 83 Tracheotomien fallen auf das männliche Geschlecht 50, und 33 auf das weibliche.

Dem Alter nach vertheilen sich die Operationen bis zu

1	Jahre	9
2	„	18
3	„	19
4	„	17
5	„	9
6	„	6
7	„	3
8	„	2

Den Monaten des Jahres nach vertheilen sich dieselben wie folgt:

Dezember	1874	3
Januar	1875	9
Februar	„	6
März	„	8
April	„	15
Mai	„	4
Juni	„	7
Juli	„	5
August	„	3
September	„	6
October	„	8
November	„	7
Dezember	„	2

Geheilt wurden 28; es starben 55.

Die Geheilten vertheilen sich den Jahren nach:

2	Jahre	4
3	„	6
4	„	6
5	„	6
6	„	4
8	„	2

Von den Geheilten musste 1 Fall mit der Kanüle entlassen werden, und kann dieselbe bis jetzt 8 Monate nach der Operation

nicht entfernt werden. Der Erfolg ist dennoch, wenn man bedenkt, dass die Kinder gewöhnlich in extremis in's Hospital gebracht werden, ein befriedigender; 33,7 % kamen durch. Noch günstiger würde sich derselbe gestaltet haben, wenn wir nicht das besondere Unglück zu beklagen gehabt hätten, 8 Kinder nach der Tracheotomie, und zwar 4 schon geraume Zeit nach der Operation wegen Scharlach auf die innere Station verlegen zu müssen, wo sie Alle an Folgen dieser Krankheit starben. Von den 9 in der Privatpraxis Operirten starben 3. Von den 6 Genesenen waren 3 aus der Privatpraxis des Herrn Dr. Klein.

Die Nachbehandlung muss natürlich von Seiten des Wartepersonals eine besonders aufmerksame sein. Es werden sich öfter Inhalationen von irgend einem Ingredienz, sei es auch nur Wasser, empfehlen, um das Eintrocknen des Secretes zu verhindern. Die verschiedenen Ingredienzien an sich, als z. B. Carbolsäure, Salicylsäure, Kali chloricum, scheinen mir für den örtlichen Process ziemlich indifferent. Dagegen liebe ich sehr, die Kinder, wenn sie grösser sind, auf zu sehen, lasse sie bekleidet in's Bett setzen, damit sie sich bewegen und um auf solche Weise dem Stocken des Auswurfes entgegenzuarbeiten.

Die Kanüle wurde entfernt:

Am	7.	Tage	1	Mal
„	9.	„	1	„
„	11.	„	1	„
„	15.	„	2	„
„	17.	„	3	„
„	18.	„	2	„
„	20.	„	2	„
„	21.	„	2	„
„	23.	„	2	„
„	24.	„	1	„
„	28.	„	2	„
„	30.	„	1	„
„	31.	„	1	„
„	36.	„	1	„
„	41.	„	1	„
„	47.	„	1	„

Am 68. Tage 1 Mal
„ 96. „ 1 „
„ 97. „ 1 „
Ein Kind trägt noch die Kanüle.

Es starben:

Am	1.	Tage	18
„	2.	„	11
„	3.	„	5
„	4.	„	2
„	6.	„	2
„	7.	„	1
„	8.	„	2
„	10.	„	1
„	14.	„	2
„	20.	„	1
„	21.	„	1
„	23.	„	1

Von den 8 auf die innere Station Verlegten ist der Todestag nicht bezeichnet.

Es war auffällig, wie die Kinder häufig in den ersten Tagen nach der Operation starben. Von 47 ist der Todestag verzeichnet und von diesen 47 starben 18 am ersten, und 11 am zweiten Tage, also 29 innerhalb der ersten 48 Stunden. Nichts zeigt auffälliger, als dieses Verhältniss, dass die Operation zu spät gemacht worden.

Einmal starb ein Kind trotz der in einem Zuge gemachten Tracheotomie auf dem Operationstische; mehrfach in den ersten Stunden nach der Operation. Stelle ich diesen Resultaten die ausserordentlich günstigen an die Seite, welche ich in den Fällen erzielte, wo die Operation in einer frühen Zeit vorgenommen wurde, so muss ich wohl zu dem Schlusse kommen, dass man nur recht früh operiren solle. Ich kann nicht umhin, hier auf einen Umstand aufmerksam zu machen, welcher mitunter Veranlassung zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Leitern interner und externer Stationen giebt. Der innere Arzt beansprucht die Diphtheritis für seinen Ressort, weil dieselbe eine Infections-Krankheit ist, und der Krankheitsheerd intern liegt. Aber dieser Ort, so replicirt der äussere Arzt, liegt offen zu

Tage, ist dem Instrumente zugänglich, und überdies ist nöthig, dass recht früh ein chirurgischer Eingriff vorgenommen resp. tracheotomirt werde; jedenfalls ist festzuhalten, dass es Sache des Chirurgen ist, zu entscheiden, wann und ob tracheotomirt werden soll. Da hier in Cöln, wie bemerkt, die Fälle meist recht spät zur Operation kamen, so dass die Operation augenblicklich vorgenommen werden musste, so würde die Ueberführung von einer Station zur anderen und der damit verbundene Zeitverlust für die Kinder häufig in hohem Maasse lebensgefährlich geworden sein. Dieser Umstand scheint mir durchschlagend zu sein bei Entscheidung der Frage, in welche Abtheilung eines Hospitales die Dyphtheritis gehöre.

Wirbelsäule.

44 Fälle.

15 Männer. 29 Weiber.

Verletzungen sind keine vorgekommen.

Contusion des Rückenmarks ist nur eine verzeichnet.

Bolz, Everhardt, 31 Jahre alt, Tagelöhner in Cöln, fiel am 3. Mai von einem Karren herunter und konnte unmittelbar nach dem Falle weder gehen noch stehen. Innerhalb 24 Stunden liess er keinen Urin, und Stuhl erfolgte erst nach 3 Tagen nach Anwendung eines Clysma. In den ersten Tagen hatte er gar kein Gefühl in den Beinen; dieselben waren wie eingeschlafen und konnten spontan nicht bewegt werden. Vom 7. Mai ab nehmen die Symptome sehr rasch ab, die Bewegung der Beine kehrt an diesem Tage wieder, ist indess noch unsicher, Urinentleerung erfolgt nnr ebenfalls auf starkes Drängen. 10. Mai geheilt entlassen.

Spondylitis cervicalis ist 4 Mal notirt und beim Kap. „Nacken" schon erwähnt worden.

Es waren 3 Männer und 1 Weib und die Behandlung bestand in Extension.

Caries der Brustwirbel mit Fistelbildung kam 4 Mal zur Beobachtung; 2 Männer, 2 Weiber.

Die Behandlung bestand in der Rückenlage in einem Bonnet'schen Korbe.

Ein Kind starb in Folge der Eiterung.

Kyphosis rhachitica

11 Fälle; 4 Männer, 7 Weiber.

Entzündliche Kyphosis.

8 Fälle; 3 Männer, 5 Weiber.

Habituelle Kyphosis

combinirt mit Scoliosis. 11 Fälle; alle Mädchen.

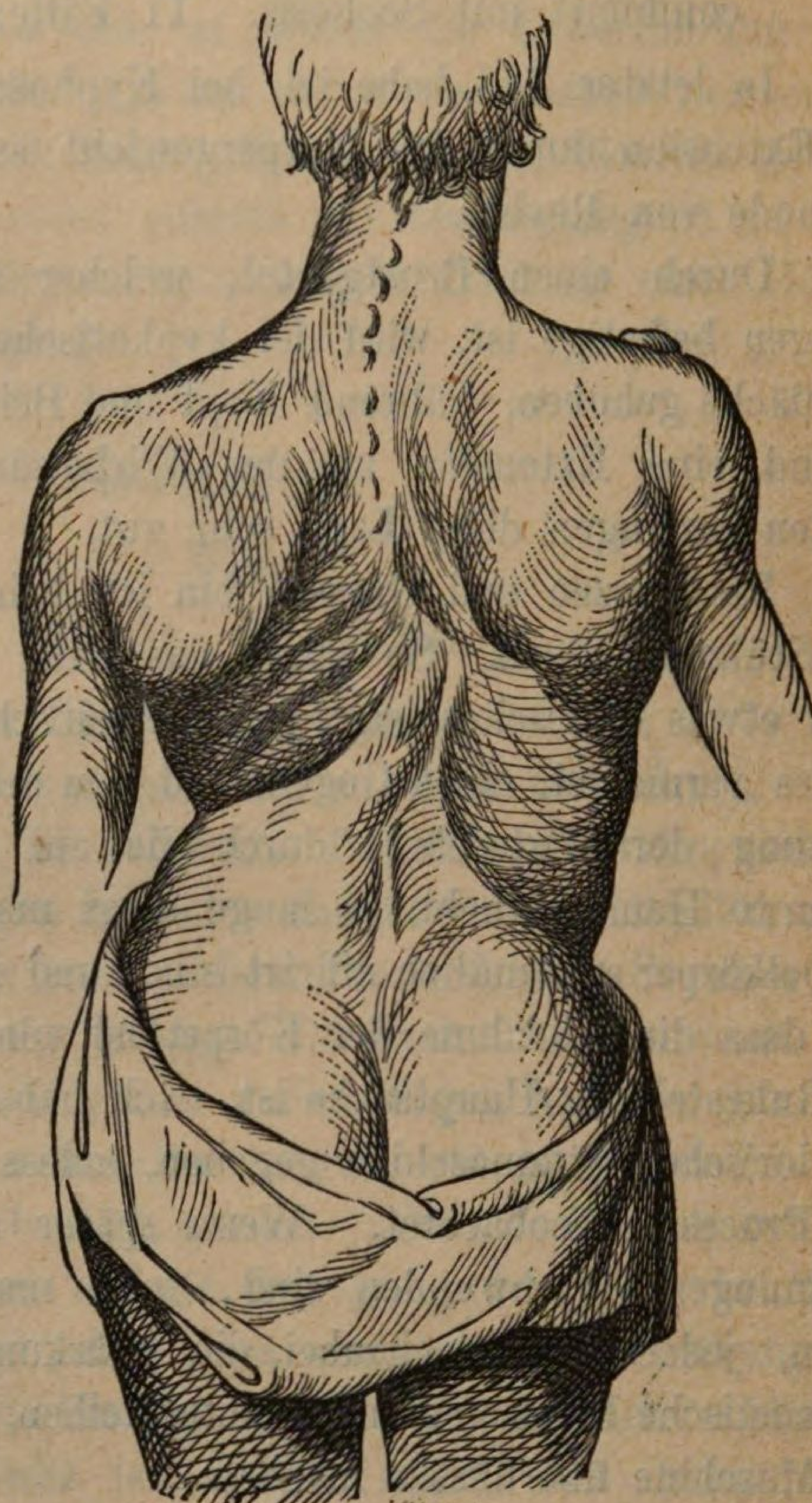
In letzter Zeit habe ich bei Kyphosen in der Rückengegend die Extension durch das Körpergewicht selbst erzielt nach der Methode von Reyher.

Durch einen Brustgürtel, welcher seitlich an 2 eisernen Stangen befestigt ist, wird der kyphotische Theil von der Bettoberfläche gehoben, während Kopf und Beine, auf dem Bette aufruhend, eine Extension an der Wirbelsäule ausüben; die Patienten vertragen diese Lage sehr gut.

Im Ganzen und Grossen bin ich kein besonderer Anhänger der Stützmaschinen. So lange das Kind in seinen Bewegungen noch etwas Linkisches zeigt, jegliche seitliche Bewegung des Rückgrades vermeidet, einen Gegenstand von der Erde nur mit Unterstützung der Wirbelsäule durch die auf den Oberschenkel gestemmte Hand aufhebt, so lange muss man annehmen, dass die Wirbelkörper entzündlich afficirt sind, und in diesem Falle glaube ich, dass die Abnahme der Körperlast von der Wirbelsäule resp. die Ruhestellung Hauptsache ist. Ich habe im Anfange auch die Tayllor'sche Stützmaschine gegeben, indess nur ein Fortschreiten des Processes beobachtet. Wenn später alle entzündlichen Erscheinungen verschwunden sind, mag man eine Stützmaschine geben, jedoch darf nebenbei die Stärkung der Muskeln durch gymnastische Uebungen nicht unterbleiben, und letztere wird bald die Maschine überflüssig machen.

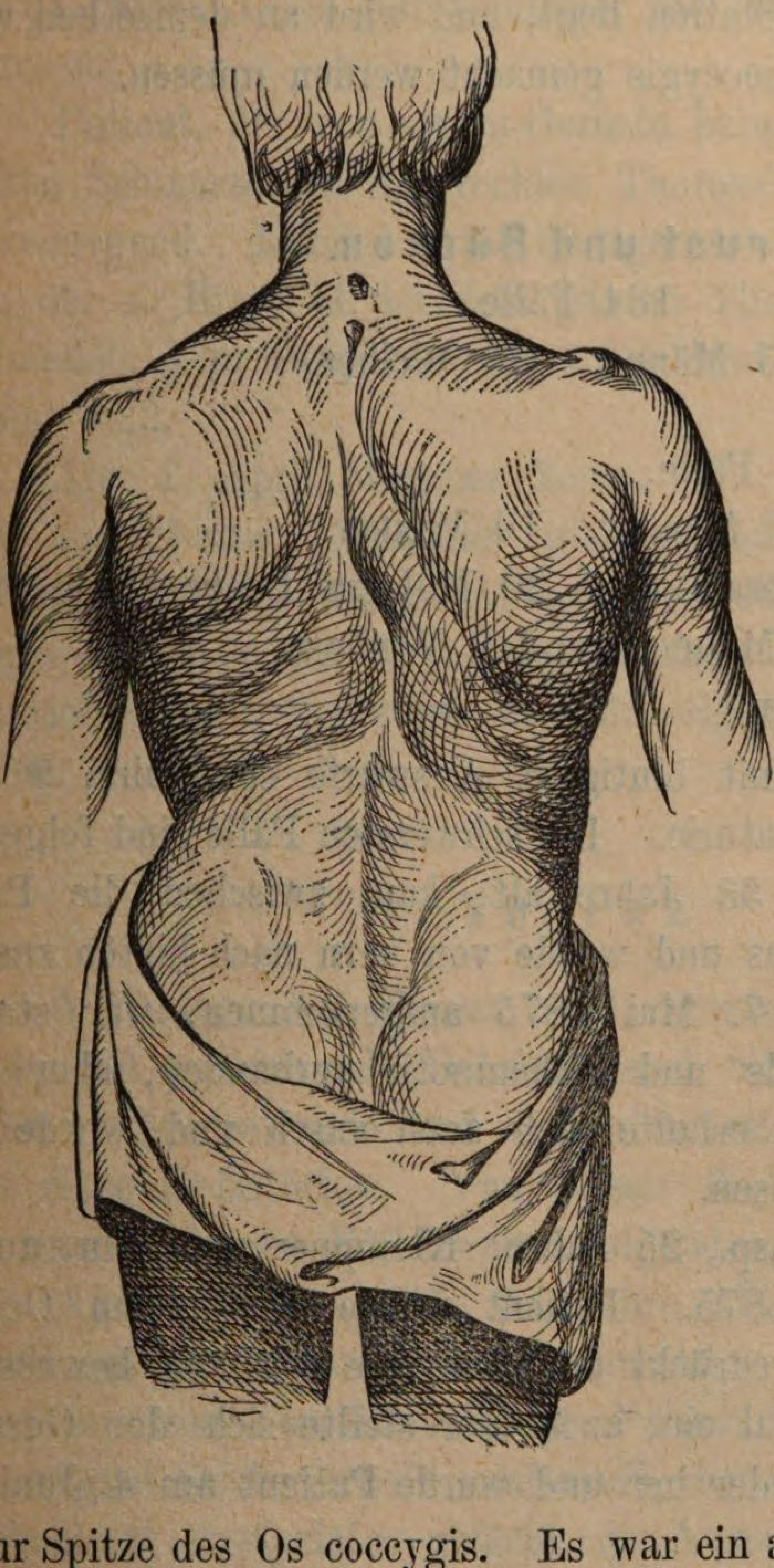
Bei den sogenannten habituellen Scoliosen ist nach meinem Dafürhalten der Gebrauch der Maschinen auf die am stärksten ausgesprochenen Fälle zu beschränken. Bei 11 Mädchen, welche mit habitueller Scoliose behaftet, theilweise schon Maschinen trugen, habe ich diese zur Seite legen und den Kindern einen ordentlichen, regelrechten Turnunterricht ertheilen lassen, und dabei stets das Vergnügen gehabt, beobachten zu können, dass nicht nur die ganze Muskulatur der Mädchen eine entwickeltere wurde, dass Ausdehnung und Umfang des Thorax um ein Be-

deutendes sich vergrösserte, sondern dass auch die Scoliosis sich merklich besserte, resp. ganz heilte. Von diesen Patientinnen gestanden mehrere ein, dass früher trotz des Tragens von Maschinen die Verkrümmung stetig zugenommen habe. Bei einzelnen wurde mir dieses von den behandelnden Aerzten bestätigt, in einem Falle, bei dem ich selbst vor Jahren eine Maschine verordnet hatte, konnte ich diese Beobachtung machen. Ich übergebe daher jetzt solche Patienten der Behandlung des hiesigen städtischen Turnlehrers, Herrn Lohmüller, und habe in allen Fällen bei einer länger fortgesetzten Uebung zum Mindesten eine ganz bedeutende Besserung der Haltung constatiren können. Leider habe ich anfänglich versäumt, graphische Darstellungen der Verkrümmungen aufnehmen zu lassen, so dass ich augenblicklich keine positiven Beweise für meine Behauptung beibringen kann, indess hoffe ich dies in Zukunft nachholen zu können. Ich füge hier zwei Abbildungen eines Patienten bei, welcher bis dahin trotz Maschine immer krummer ward. Die eine Aufnahme fand beim Eintritte in's Hospital statt, die andere sechs Wochen nach dem Beginne der eingetretenen Behandlung.



Es kamen 2 Fälle von Spina bifida zur Beobachtung.
2 Knaben.

Bütter, Heinr., 4 Monate alt aus Herle, wurde mir am 1. Mai 1875 vorgestellt mit einer faustgrossen Geschwulst in der Gegend des Os sacrum. Das Os sacrum war hinten offen, auf Druck entleerte sich die Geschwulst, wobei das Kind sehr unruhig wurde und weinte.



Die 2. Spina bifida sass ebenfalls dem Os sacrum auf bei einem 3 Jahre alten Kinde Christ. Bälder aus Westphalen, vorgestellt am 30. Juni 1875.

Ausserdem wurde eine Geschwulst beobachtet bei einem Kinde Namens Doderberg, Mar., 9 Tage alt, am 22. December 1875. Dieselbe lag unterhalb des Os sacrum und reichte bis zur Spitze des Os coccygis. Es war ein angeborenes Cystenhygrom. Die Geschwulst war draussen geplatzt und entleerte eine gelatinöse Flüssigkeit; dieselbe wurde ihrer ganzen Länge nach gespalten. Es zog sich ein Ausläufer der Cyste bis in die Nähe des Os sacrum, war indess dort geschlossen. Ich löffelte die Cysten-Wand, welche glatt war, mit dem scharfen Löffel aus, excidirte ein Stück aus der Cystenwand und der Haut und be-

handelte die offen zu Tage liegende Fläche nach Thiersch; die Heilung ging rasch von statten.

2 Fälle von Abscessen des Os coccygis bei 2 Weibern sind verzeichnet. Der eine kam in der Ambulanz zur Beobachtung, der andere Fall betrifft ein 11jähriges Mädchen, welches noch auf der chirurgischen Station liegt, und wird an demselben wohl die Resection des Os coccygis gemacht werden müssen.

Brust und Rücken.

184 Fälle.

105 Männer, 79 Weiber.

Verletzungen 67 Fälle.

57 Männer. 10 Weiber.

Die Contusio thorasis kam 20 Mal zur Beobachtung, bei 18 Männern und 2 Weibern, und zwar ohne Fractur.

5 Mal war sie mit blutigem Auswurfe combinirt, 9 Mal bestand nebenbei Hämaturie. Die schwersten Fälle sind folgende:

Wirtz, Lorenz, 33 Jahre alt, kam zwischen die Puffer eines Eisenbahnwaggons und wurde von vorn nach hinten zusammengequetscht. Am 7. Mai 1875 aufgenommen, war starker Colapsus, kleiner Puls und Athemnoth vorhanden, aber kein Blutauswurf. Patient erholte sich auch rasch und wurde am 28. Mai geheilt entlassen.

Jaynenich, Casp., 25 Jahre, Klempner aus Cöln, aufgenommen am 6. Mai 1875. Patient wurde von einem Ochsen gegen eine Mauer angedrückt und war eine Zeit lang bewusstlos. Blutauswurf trat 1 Mal ein; auch hier stellte sich der Gesundheitszustand rasch wieder her und wurde Patient am 4. Juni geheilt entlassen.

Rodenhöfer, Joh., 23 Jahre alt, wurde am 24. Juni 1875 mit Contusio thoracis in Folge eines Sturzes aufgenommen. Unmittelbar nach demselben warf Patient viel Blut aus und blieb der Auswurf auch die nächsten Tage noch blutig. Beim tiefen Athmen lebhafte Schmerzempfindung. Am 1. Juli wurde Patient gebessert entlassen.

Benn, Herm., 48 Jahre alt, Schreiner, fiel auf den Thorax und hustete unmittelbar nach der Verletzung wie auch in den ersten Tagen viel Blut aus. Nach einem Monat konnte er ebenfalls gebessert entlassen werden.

Herber, Hub., 26 Jahre alt, Anstreicher aus Cöln wurde am 31. März 1875 mit Contusio thoracis et abdominis aufgenommen.

Patient, der von einem Gerüste herabstürzte, hatte die heftigsten Schmerzen in der rechten Thorax-Hälfte und der rechten Nierengegend. Dabei bestand blutiger Auswurf und blutiger Urin. Von der 4. Rippe ab ist dem ganzen Thorax entlang Dämpfung vorhanden, kein Respirationsgeräusch und kein Pectoralfremitus. Temp. 40,2.

Am 2. April Morgens Temp. 40. Brustbefund derselbe; Urin noch blutig. Catheter gleitet leicht in die Blase. Am 3. Mai Urin rein, Temp. Abends 39; oberhalb der Rippe Reibungsgeräusch. Am 6. April Dämpfung noch vorhanden, Auscultation ergiebt Reibungs- und Rasselgeräusche. Am 23. April geheilt entlassen.

Thorax.

6 Wunden des Thorax sind verzeichnet bei 6 Männern. Zwei nicht penetrirende Dolchstiche, 2 nicht penetrirende Messerstiche, 1 Schusswunde und 1 Verletzung der Achselhöhle mittelst eines Holzstückes. Von diesen 6 Verletzten starb Einer. Die interessanteren Fälle waren folgende:

Altendorf, Gottf., 22 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, erhielt am 21. August eine Stichwunde, und da 3 Tage später sich Schmerzen einstellten, suchte Patient Hülfe im Hospital. Am 24. August Stich verheilt; unterhalb der verletzten Stelle ist die Rückenhaut erysipelatos gefärbt, die Auscultation ergiebt an betreffender Stelle Bronchialrespiration. Dabei besteht hohes Fieber.

28. August. Es wird die Spaltung der gerötheten Stelle vorgenommen und entleert sich sofort viel Eiter. Die Eitertasche reicht bis zur Stichöffnung.

Am 28. September erfolgt die Entlassung; Patient ist ganz geheilt und bestehen keine Lungenerscheinungen mehr.

Köllen, Heinr. 21 Jahre alt, Schreiner, wurde am 16. August aufgenommen mit Bubo axillaris der rechten Seite. In der rechten Achselhöhle entstand vor drei Wochen eine Anschwellung; nachdem neun Tage lang dauernd Breiumschläge gemacht worden waren, wurde von dem behandelnden Arzte eine Incision gemacht, worauf sich etwas Eiter entleerte. Indess trat seit dieser Zeit ab und zu eine leichte Blutung ein, die den Patienten ängstigte und ihn bestimmte, am 21. Tage nach dem Eintritte der Affection, am 16. August 1875 in's Hospital zu kommen. Die Blutung stand hierselbst.

Am 31. August trat sie wieder ein, wurde jedoch gestillt durch Einführung von ferrum sesquichlorid-Charpie.

Am 2. September fieberte Patient leicht, ich führte dies zurück auf Eiterretention durch den Charpietampon. Daher entfernte ich denselben, legte einen Salicylverband an.

3. September. Da das Fieber noch anhielt, so entschloss ich mich, von dem Gedanken ausgehend, einen infiltrirten Bubo axillaris vor mir zu haben, denselben auszuschaben, was Patient gut ertrug.

5. September Nachmittags trat eine kleine Blutung ein, die durch Einführen von Eisenchloridcharpie gestillt wurde.

6. September tritt abermals eine jedoch nun stärkere Blutung ein, und veranlasste mich dies, die blutende Stelle aufzusuchen. In dem Gedanken, dass vielleicht ein Gefäss in der Tiefe der Achselhöhle durch die erste Incision verletzt worden sei und dass es daher möglich sein würde, durch gehöriges Ausräumen der Achselhöhle das blutende Gefäss zu finden und zu unterbinden, ging ich in diesem Sinne vor, indem ich darauf gefasst war, falls das Letztere misslingen sollte, die Axillaris aufzusuchen. Nach Entfernung des Verbandes und Ausräumen der Achselhöhle zeigte sich in der Tiefe derselben ein Blut-Coagulum, welches ich mit dem Schwamme zu entfernen suchte. Indess mit diesem Versuche trat momentan eine solch collossale Blutung ein, dass Patient in wenig Secunden das Leben aushauchte. Mit dem Coagulum entfernte ich zugleich ein Stück Holz von 5½ cm. Länge und 1 cm. Breite, mit scharfen Spitzen an beiden Enden. Erst nachträglich eruirte man auf verschiedenen Umwegen, dass Patient gefallen war, indess

keine Ahnung davon gehabt hatte, dass ein Stück Holz in seine Achselhöhle gedrungen. Die scheinbar oberflächliche Wunde schloss sich bald über dem fremden Körper und die nachherige Entzündung der Achsel wurde als infiltriter Achselbubo gedeutet, da bei der Aufnahme der Anamnese mit keinem Worte einer vorangegangenen Verletzung Erwähnung geschah. Von einer Narbe der früheren Verletzung wurde auch nichts wahrgenommen. Wäre der wahre Sachverhalt bekannt gewesen, so würde man die Unterbindung der Axillaris resp. der Subclavia gemacht haben.

Die Section ergab folgendes: Zwischen der ersten und zweiten Rippe war ein Riss, durch welchen das Holzstück bis in die Lunge eingedrungen war, und hatte im oberen Lungenlappen eine zerfetzte Wunde von 1½ cm. Tiefe und 3 cm. Breite hervorgebracht. An dem Uebergange der Subclavia in die Arteria axillaris fand ich eine erbsengrosse, nahezu kreisrunde, an einer Seite etwas unregelmässige Oeffnung. Eine Unterbindung der Subclavia würde also den Patienten vielleicht gerettet haben.

N. . . ., 24 Jahre alt, aus X., erhielt am 2. August 1875 in einem Duell einen Schuss in den linken Arm. Die Kugel traf den Arm gleich unterhalb der Schulterhöhe und ging vor dem Humerus, ohne denselben zu tangiren durch die Achselhöhle in die linke Brusthälfte; eine Ausgangsöffnung war nicht zu finden; die Verletzung der Lunge ausser Zweifel. Es trat auch gleich sehr grosse Dyspnoe ein und liess sich Pneumohaematothorax nachweisen. Das Sputum war blutig.

Behandlung bestand in Ruhe, Eis und Anlegung des antiseptischen Verbandes. Der Verlauf war anfangs ein sehr günstiger, bis plötzlich am 25. August Fieber und starke Dyspnoe eintrat. Das Exsudat stieg rapid nach oben, das Herz war ganz nach rechts verdrängt, bis 2 Zoll jenseits des Brustbeins. Die Lunge war nach hinten und oben gegen die Wirbelsäule angepresst und liess durch Fortleitung bronchiales Athmen hören, so dass ich anfangs zweifelhaft wurde, ob nicht neben dem Pneumohaematothorax noch eine Lungenentzündung bestehe. Da die Dyspnoe geradezu eine gefahrdrohende Höhe erreichte, die Temperatur Abends auf 40-41 stieg, so machte ich eine Incision zwischen der 6. und 7. Rippe in der Achsellinie, und entleerte wenigstens

zwei Liter einer stinkenden sanguinolenten Flüssigkeit. Gleichzeitig entfernte ich die beim Erheben des rechten Armes zufällig unterhalb der Scapula entdeckte Kugel. Durch die Incisions-Oeffnung führte ich ein Drainagerohr bis auf den Boden der Brusthöhle. Das Drainagerohr wurde täglich gewechselt und die Brusthöhle mit Salicyl-Wasser ausgespritzt. Verband nach Thiersch. Anfangs musste Patient zweimal, nachher nur einmal täglich verbunden werden und zuletzt nur alle drei Tage. Das Drainagerohr wurde von Tag zu Tag immer kürzer gemacht, das Fieber sank vom Augenblicke der Incision ab täglich mehr, die Secretion in der Brusthöhle ward immer spärlicher. Patient erholte sich ganz bedeutend; das Secret war schliesslich nur noch höchst minimal, entleerte sich nur noch tropfenweise. Ich glaubte daher nunmehr am 10. October den Moment gekommen, zumal man die Oeffnung nur künstlich aufhalten konnte, den Versuch des Verschlusses derselben zu wagen, welcher sich ganz leicht nach Entfernung des Drainagerohres innerhalb 5 Tagen von selbst machte; aber der Versuch misslang. Es hatte sich die Temperatur von Tag zu Tag immer mehr gesteigert, es liess sich wieder Pyopneumothorax nachweisen und hinten oben bestand wieder bronchiales Athmen. Ich machte daher eine Incision in die frühere Fistelöffnung und legte, um den Verschluss zu verhindern, eine bleierne Röhre ein, welche hufeisenförmig gebogen war, so dass sie nicht in den Thorax-Raum einsinken konnte. Von dem Augenblicke an, dass die Röhre lag, war jegliches Fieber verschwunden, und nachdem sich 14 Tage lang auch nicht mehr als einige Tropfen Eiter Abends entleerten, machte ich nochmals den Versuch, die Röhre zu entfernen; indess war ich nach fünf Tagen bei steigendem Fieber gezwungen, dieselbe wieder einzuführen. Jedoch genass Patient immer mehr, war schliesslich den ganzen Tag draussen, selbst bei stürmischer Witterung, und befand sich ganz wohl, nur dass die Röhre noch immer nicht entfernt werden konnte.

Am 24. März 1876. Patient ist nunmehr seit 6 Wochen vollständig geheilt; die Fistel ist geschlossen. Patient treibt viel Athmungsgymnastik, die Abflachung der Brust nimmt allmälich immer mehr ab und ist fast ausgeglichen.

Drei Verbrennungen sind verzeichnet.

Die Behandlung besteht meist in permanenten Bädern, welche den Kranken sehr angenehm sind und abwechselnd mit der bekannten Linimente von Aqua calcis und Oleum liniana gebraucht werden.

Zwei Luxationen der Clavicula

sind bei 2 Männern beobachtet worden; eine Luxation des Acromial-Endes über das Acromion, eine Luxation des Sternal-Endes der rechten Clavicula nach vorn; letztere will ich kurz erwähnen:

Stahl, Wilh., 19 Jahre alt, Tagelöhner aus Niedertiefenbach, fiel mit einem Kasten, den er auf der Schulter trug, aus einer Höhe von circa 5′ zur Erde. Der Kasten schlug hierbei auf seine rechte Schulter.

4. September 1875. Das Sternal-Ende der Clavicula steht vor dem Manubrium sterni. Der Verband wird so gelegt, dass eine Pelotte auf das Sternal-Ende der Clavicula drückt, während eine andere im Rücken ihren Stützunkt nimmt, und der beide vereinigende Bügel unter der rechten Achselhöhle durchgeht.

Am 18. September geheilt entlassen. Das Sternal-Ende der Clavicula steht im Ganzen richtig, ist nur etwas erhöht. Es war ein leichter Druckbrand eingetreten, welcher gut heilte.

Clavicularfracturen

sind im Ganzen 19,

bei 15 Männern und 4 Weibern verzeichnet

und zwar wurde dieselbe beobachtet 11 Mal linksseitig, 4 Mal doppelseitig, 4 Mal rechtsseitig. 3 Mal war ausser der Clavicula auch noch eine Rippe fracturirt, 1 Mal das Acromion abgesprengt. Die Behandlung beschränkte sich meist auf das Tragen des Armes in einer Mitella.

Rippenfracturen

sind 18 notirt. 14 Männer, 4 Weiber.

10 Mal waren mehrere Rippen fracturirt, 3 Mal war gleichzeitig die Clavicula, 1 Mal das Sternum gebrochen. Es bestanden

bei 4 Patienten noch anderweitige Complicationen und Verletzungen, 1 Fall war complicirt mit Ruptura lienis, 2 Fälle mit Fractura basis cranii und 1 Fall mit Ruptur des Pericardium.

Parmentier, Georg, Schlosser aus Ehrenfeld, wurde am 26. December 1875 von einem Schnellzuge gefasst und weit weggeschleudert. Sterbend aufgenommen ins Hospital, erfolgt der Tod sofort nach der Aufnahme. Die Section wies Verletzung der Pleura und Ruptur der Milz nach; 9., 10., 11., 12. Rippe an der rechten Seite waren fracturirt.

Soulberg, Anna, 65 Jahre alt, aus Leichlingen ward am 29. October überfahren und starb am nämlichen Tage. Die 2.-6. linke Rippe waren gebrochen und die fracturirten Enden in die Lunge und den Herzbeutel eingetrieben.

Bei den beiden andern Fällen bestand, wie angeführt, fractura cranii.

Fractura scapulae

ist ein Mal verzeichnet:

Witzer, Wilhelm, 45 Jahre alt, aus Baesweiler, wurde nach 5 Wochen geheilt entlassen.

Brandnarbe.

Ein Fall von Brandnarbe in der Achselhöhle ist folgender:

Oehler, Joh., 31 Jahre alt, Tagelöhner aus Oberemen. Dem Patienten fiel am 24. October 1874 eine brennende Petroleumlampe, welche er mit dem Kopfe herunterstiess, auf den Leib und verbrannte ihm die Brust und rechte Achselhöhle.

Am 20. Februar 1875 aufgenommen, konnte Patient den Arm nur höchst wenig von der Brust entfernen. Am 26. Februar 1875 durchschnitt ich die Narben so weit, dass der Arm mit grösster Leichtigkeit zur Senkrechten gehoben werden konnte. Darauf nahm ich von dem Schulterblatte einen grossen Lappen mit der Brücke nach unten gegen die Achselhöhle und pflanzte ihn in den Defect. Der Verlauf war in so weit ein günstiger, als der der grösste Theil des Lappens anheilte.

24. März. Die Stellung des Armes ist fast die gleiche, wie vor der Operation. Von jetzt ab werden tägliche Uebungen vorgenommen.

Am 23. Juli hat Patient durch wiederholte passive und active Uebungen so viel gewonnen, dass der Arm fast bis zur Senkrechten erhoben werden kann.

Juli 1876 stellt Patienl sich vor; er kann den Arm mit Leichtigkeit bis zur Senkrechten erheben.

Entzündungen.

74 Fälle. 28 Männer, 46 Weiber.

Erysipele.

8 Fälle. 3 Männer, 5 Weiber.

Ekzeme.

13 Fälle. 5 Männer, 8 Weiber.

(Darunter 5 Mal Ekzema mamillae.)

Furunkel.

8 Fälle. 5 Männer, 3 Weiber.

Carbunkel

5 Fälle. 4 Männer, 1 Weib.

Furunkel und Carbunkel wurden in letzter Zeit ausgekratzt.

Tuberculöse Geschwüre kamen 2 Mal bei Männern zur Beobachtung.

S, Carl, 12 Jahre alt aus Cöln wurde am 15. Juni 1875 mit tuberculösen Geschwüren der Brust aufgenommen. Dieselben waren serpiginöser Natur und dehnten sich vom Halse über die ganze vordere Brustfläche aus. Während die Geschwüre in der Mitte strahlig vernarbten, schritten sie am Rande in Kreissegmenten weiter. Der ganzen Form und Ausdehnung nach war ich geneigt, denselben ein syphilitischen Charakter beizulegen, und liess daher eine Schwitzkur durchmachen;

der Effect war gleich Null, und löffelte ich nunmehr die Geschwüre aus. Hierauf begann sofort die Heilung und konnte Patient am 27. März 1876 geheilt entlassen werden.

N aus X, 12 Jahre alt, ist schon seit längerer Zeit beständiger Bewohner des Hospitals und leidet ebenfalls an tuberculösen Geschwüren am Halse und an der vorderen Brustwand. Am Halse führen zahlreiche Fisteln anf vereiternde Drüsen; dessgleichen in der Achselhöhle. Auf der vorderen Brustfläche führen solche auf das an seiner Oberfläche nekrotisirte Brustbein und auf das Sternoclavicular-Gelenk. Die Behandlung folgt später im Anhange. Hier nur die Bemerkung, dass auch in diesem Falle die Heilung gelang.

Gangraen der Haut

sind 2 Fälle verzeichnet, 1 Mann, 1 Weib; 1 Mal am Thorax, 1 Mal an der Mamma. In beiden Fällen erfolgte die Gangraen nach einer starken Quetschung.

Mastitis.

25 Fälle von Mastitis sind bei 23 Frauen und 2 neugeborenen Kindern verzeichnet; 20 Mal in Folge des Wochenbettes, 3 Mal in Folge eines Ekzema mammilae; 2 Mal bestand eine Complication mit Mania puerperalis.

Seitdem ich die Gewohnheit angenommen habe, die Patientinnen zu chloroformiren und sehr grosse Incisionen zu machen, um das Gewebe nach allen Seiten durchwühlen und allenthalben nachfühlen zu können, ob noch Härten in der Tiefe der Mamma liegen, die dann sofort, unbekümmert um die Dicke des darüber liegenden gesunden Gewebes, incidirt werden, — seitdem habe ich das Vergnügen, zu beobachten, dass nun auch fast stets eine einmalige Operation ausreicht, wo früher deren 4, 5 und mehrere nöthig waren, die mitunter in langen Zwischenpausen wiederholt, Geduld und Vertrauen der Patienten unnützer Weise auf die Probe stellten.

Abscesse.

Es sind 6 Fälle von Abscessen in der Thoraxgegend verzeichnet.

3 Männer, 3 Weiber.

Zwei Mal entstanden dieselben nach Caries, 2 Mal nach Empyem, 1 Mal als pyaemischer Abscess post puerperium und 1 Mal ohne besondere nachweisbare Ursache.

In vorletztem Falle bei Gertr. X. . . 41 Jahre alt, bestand nebenbei ein Abscess des rechten Handgelenkes und des Fussrückens. Die Aufnahme erfolgte am 7. Juni 1875 und am 19. Juli der Tod.

Der letzte Fall betraf Gert. Baggeler, 46 Jahre alt, aus Müngersdorf, wurde aufgenommen am 16. September mit Abscessus pectaris ohne nachweisbare Ursache. Punction führte nicht zur Heilung und wurde nachträglich die Spaltung des Abscesses vorgenommen. Patientin wurde am 8. Novbr. 1875 geheilt entlassen.

In den beiden Fällen, in denen Caries zu Grunde lag, handelte es sich um Caries der Rippen.

Die beiden Fälle, in denen sich der Abscess in Folge von Empyem entwickelte, führte beide Male zum Tode wegen gleichzeitiger bestehender Tuberculose. In dem einen Falle, nachdem eine Incision in dem 5 Intercostal-Raum gemacht worden war, in dem andern Falle ohne dieselbe.

Fuchs, Joh. 23 Jahre alt aus Cöln, wurde von der innern Station am 16. August 1875 transferirt wegen hochgradiger Tuberculosis mit sekundärem Empyem; letzteres war in den letzten Tagen sehr gestiegen und die Dyspnoe Gefahr drohend. Ich machte die Thoracocentesis durch Schnitt im sechsten Intercostal-Raume und spritzte von da ab die Brusthöhle täglich 2 Mal aus. Anfänglich war der Verlauf ein günstiger, die Eiterung war sehr gering; indess nachträglich erlag Patient einem acuten Anfalle von Miliartuberculosis.

Frau Schwilg, 53 Jahre alt, aus Cöln, wurde im Februar 1875 aufgenommen mit Abscessen auf dem Rücken zwischen den Schulterblättern. Dieselben wurden gespalten. Der gleichzeitig bestehende Pyothorax stieg immer höher und schlug ich daher die Thoracocentese durch Schnitt vor. Die Operation wurde verweigert. Zwar wurde vom Abscesse aus ein Drainagerohr in die Thoraxhöhle eingeführt, um dem Eiter wenigstens so viel als möglich Abfluss zu verschaffen, indess derselbe war nicht genügend; das Rohr lag zu hoch und rieth ich fortwährend

dringend zur Thoracocentesis. Die Kräfte der Kranken sanken immer mehr; Patientin entleerte nunmehr auch viele eiterige Sputa durch den Mund. Temperatur war fortdauernd sehr hoch und in einem Anfalle von Blutsturz, wobei das Blut aus Nase, Mund und Thoraxfistel drang, starb selbige am 14. August.

Die Section ergab: Tuberculosis pulmonum mit secundärer eiteriger Pleuritis.

Von den Fällen, in denen der Abscess Folge von Rippencaries war, bietet einer ein ganz besonderes Interesse durch den Umstand, dass während der Nachbehandlung sich eine eigenthümliche Nervenaffection einstellte, die ich, trotzdem der Fall ein männliches Individuum betraf, kaum anders als Hysterie bezeichnen kann.

Hilker, Bernhard, 19 Jahre alt, Bremser aus Rheda.

Patient litt an einem Abscess an der linken Seite des Rückens in Folge von Rippencaries, wurde aufgenommen am 31. Juli 1875 und operirt am 18. August. Der Abscess wurde geöffnet und die blossliegende Rippe abgeschabt resp. gemeisselt. Die Heilung ging ganz gut von statten; es war niemals Temperatursteigerung eingetreten, nur klagte Patient von Zeit zu Zeit über Schmerzen oberhalb der Wunde. Da, mit einem Male stellte sich bei ihm eine Stunde nach einer, des bestehenden Schmerzes wegen gemachten Morphium-Einspritzung, ein Krampfanfall ein. Patient erschien während desselben bewusstlos, schlug mit Armen und Beinen um sich, machte beissende Bewegungen des Mundes, aber bei lautem Anrufen gab derselbe deutlich Antwort; sonst lag derselbe auch ausserhalb der Krampfanfälle, die sich sehr oft wiederholten, wie bewusstlos. Pupillen reagirten gut und gleichmässig; Sensibilität ist bedeutend herabgesetzt, indem Patient auf Nadelstiche kaum reagirt. Beim Aufheben des rechten Armes sinkt derselbe rasch herunter, ebenso verhält es sich, wenn auch nicht so prägnant, mit dem Beine. Auscultation und Percussion ergibt nichts. Nachts treten die Zuckungen nur seltener auf.

9. August. Patient bekommt seine Anfälle eben so oft, aber die Zwischenzeiten sind freier. Die Anfälle stellen sich besonders dann ein, wenn Patient der Beobachtung unterworfen

wird und niemals zur Zeit der Mahlzeit. Urin und Stuhlentleerung sind normal. So dauerten die Krämpfe fort bis zum 25. August; innerlich wurde Bromkali in grossen Dosen gegeben. Bei dem ganzen Verlauf war mir auffällig, dass die Krämpfe dann namentlich eintraten, wenn man den Patienten betrachtete; hielt ich daneben das ganze Benehmen des Kranken, seine lebhaften Klagen über Schmerzen in der Wunde, die offenbar übertrieben waren, das vollständige Aussetzen der Anfälle zur Zeit der Mahlzeit, so kam ich zu der Ansicht, dass es sich um hysterische Erscheinungen handle und verordnete von diesem Gesichtspunkte aus Tinctura valerianae und Extractum belladonnae.

Hierauf wurden die Krampfanfälle viel seltener und blieben zuletzt ganz aus.

5. November bekömmt Patient plötzlich, nachdem er seit dem 4. October keinen Krampfanfall mehr gehabt hat, Convulsionen mit grosser Heftigkeit, bei denen die Extremitäten mit furchtbarer Gewalt hin und her geschleudert werden.

Verordnung: Valeriana und Belladonna.

Bei einem spätern Besuche des Patienten liess ich gelegentlich die Bemerkung fallen, dass es bei so heftigen Anfällen wohl geboten sein möchte, bei einer nochmaligen Wiederholung derselben den Kranken in eine Isolirstube zu legen, — aber es kam kein Anfall mehr zur Beobachtung.

Am 27. November wurde Patient geheilt entlassen.

Phlegmone.

Es sind zwei Fälle von Phlegmone des Rückens bei zwei Männern verzeichnet, und ein Fall von septischer Phlegmone der Brust bei einem Neugeborenen, der seiner Entstehung halber ein besonders Interesse bietet:

Kind W . ., 8 Tage alt, aus Cöln, litt an Mastitis dextra durch Retention des Milchsekretes. Die Hebamme legte einen Druckverband an, worauf sich rasch eine Entzündung in der ganzen Umgegend der kindlichen Mamma einstellte. Ebenso rasch wurde nun die Haut in grosser Ausdehnung necrotisch und wurde die Musculatur der Brust (pectoralis major und serratus anticus mit seinen einzelnen Zacken) wie präparirt bloss gelegt. Dabei bestand eine höchst geringe Neigung zu eiterigem

Zerfallen. Das Kind ging rasch im Verlaufe von 6 Tagen unter den Erscheinungen der Adynamie zu Grunde, während die Necrotisirung der Haut sich immer rapider über Bauch und Rücken verbreitete.

Necrosis spinae scapulae.

Necrosis spinae scapulae kam 2 Mal zur Beobachtung; und zwar 1 Mal in der Privatpraxis bei einem Herrn X., wo die Necrose auf syphilitischem Boden stand. Die Spina wurde abgemeisselt und Patient konnte in vier Wochen ohne Zurücklassung einer Fistel entlassen werden.

Der zweite Fall, der einen langjährigen Bewohner des Hospitals betrifft, wird später gelegentlich der Krankheiten der untern Extremitäten mitgetheilt werden; denn Patient litt gleichzeitig an Caries der Fusswurzelknochen und wurde dieserhalb amputirt, während die Spina scapulae zwei Mal stückweise resecirt wurde.

Tumoren.

33 Fälle. 14 Männer, 19 Weiber.

1. Lymphom der Achseldrüsen bei einem Manne:

Schmitz, Andreas, 35 Jahre alt, Anstreicher aus Cöln, wurde am 4. October 1875 von der innern Station zur äussern transferirt wegen Lymphomata in beiden Achselhöhlen. Das Blut war bei verschiedenen Untersuchungen reich an weissen Blutkörperchen, Milz nicht vergrössert, alle andern Drüsen frei. Injectionen von Arsenik waren fruchtlos.

29. September geheilt entlassen.

2. Lipom bei einem Weibe, ein Fall, auf der Höhe der Schulter:

Ordensschwester Y. hatte auf der Schulter ein gänseeigrosses Lipom. Exstirpation. Heilung innerhalb 3 Wochen.

3. Teleangiectasien. 5 Fälle. 3 Männer, 2 Weiber.

Drei auf der rechten Schulter, zwei auf dem Manubrium sterni. Behandlung bestand in Unterbindung.

4. Sarcome. 7 Fälle.

Ein Cystosarcom in der Achselhöhle; drei Sarcomata melanoidea (ein in der Achsel und zwei auf dem Rücken in uno individuo); ein Osteosarcom von den Rippen ausgehend; zwei Sarcomata Mammae:

a) Cystosarcom.

Genslin, Bernhard, Tagelöhner aus Zürichhoven, aufgenommen am 6 Februar 1875. Patient bemerkte vor zwei Jahren ohne Behinderung der Beweglichkeit des Armes die Entstehung einer Geschwulst in der Achselhöhle. Dieselbe war sehr langsam gewachsen und hatte bei der Aufnahme die Grösse eines Kindskopfes. Patient konnte den Arm nicht mehr an den Thorax anlegen. Die Geschwulst war an einzelnen circumscripten Stellen weich, sonst hart. Bei der Exstirpation wurden in der Achselhöhle die grossen Gefässe in einer Ausdehnung von 4 Zoll blossgelegt. Die Operation verlief sehr gut; es liess sich das Neugebilde überall mit Leichtigkeit, allerdings dicht vor den Gefässen, lospräpariren. Der Verlauf der Heilung war ein äusserst günstiger. Am 26. April erfolgte schon die Entlassung, und ist auch bislang kein Recidiv eingetreten.

b) Sarcoma melanodes.

Emonds, Johann, 35 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus B., wurde am 6. Januar 1875 aufgenommen mit Sarcoma axillare et dorsale. Im Februar 1874 wurde Patient vom Herrn Geheimrath Fischer operirt wegen eines Naevus im Rücken, von der Grösse einer Handfläche, welcher sehr rapide zu dieser Grösse sich aus einem einfachen kleinen Muttermale entwickelt hatte. Im Januar 1875 stellte Patient sich vor mit kleinen Pigmentablagerungen an der alten Stelle und einem etwa fünfgroschenstückgrossen Naevus in der Vola manus.

Behandlung: Exstirpation.

Patient wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen.

Am 17. Juni wieder Aufnahme wegen eines Recidivs. Vor einem Monat bemerkte Patient erst eine Anschwellung an der alten Stelle im Rücken und gleichzeitig eine Geschwulst in der Achselhöhle, die rapide wuchsen. In der linken Achselhöhle liegt eine gänseeigrosse, von normaler Haut überzogene, elastisch gespannte,

frei bewegliche Geschwulst mit ebener Oberfläche, welche tief in die Achselhöhle hineinreicht; ausserdem in der Narbe des Rückens ein Recidiv.

18. Juni Operation. Die Achseldrüsengeschwulst hatte die Gefässe ganz umwuchert, so dass die Ablösung von denselben nur mit grosser Mühe ausgeführt werden konnte, wobei letztere in grosser Ausdehnung bloss gelegt wurden. Die Operation in der Narbe erforderte nur eine einfache Excision. Der Wundverlauf war ein äusserst günstiger, so dass Patient am 31. Juli geheilt entlassen werden konnte.

c) Ein Osteosarcom

ist verzeichnet, welches von den Rippen ausging. Dasselbe war schon bei der Aufnahme so gross und nahm in solcher Aus dehnung die ganze linke Brusthälfte ein, dass an eine Operation nicht mehr zu denken war.

d) Sarcom der Mamma.

Pretzel, Catharina, 62 Jahre alt, aus Coblenz, Frau des zu gleicher Zeit an Carcinoma linguae nach Billroth Operirten. Pretzel stellte sich am 26. Mai 1875 mit einer wallnussgrossen, weich fluctuirenden, innerhalb 7 Wochen in der Mamma entstandenen Geschwulst vor. Die Drüsen in der linken Achselhöhle waren ebenfalls afficirt.

Exstirpation der Mamma und der sämmtlichen Drüsen in der Achselhöhle. Dieselben reichten bis zu den Gefässen, so dass selbige nach der Operation zu Tage lagen. Die Operation verlief gut, doch ging die Heilung wegen eines hinzutretenden Erysipels langsam von statten.

Am 3. Juli wurde Patientin geheilt entlassen, stellte sich aber schon am 6. October mit einem Recidiv in der Narbe vor. Exstirpation. Am 10. October abermals entlassen, Wunde fast verheilt.

Carcinoma mammae.

Es sind 15 Carcinome an der Brust zur Beobachtung gekommen.

11 Fälle in Mamma und zwar 9 an der linken und 2 an der rechten; 4 Recidive. Einmal kam das Leiden zur Beobachtung bei einem männlichen Individuum.

Herr K . . . aus A . . ., stellte sich vor mit einem Carcinom an der linken Brust und einer quer darüber verlaufenden Narbe. Patient war vor 3 Jahren von Herrn Geheimrath Fischer operirt worden und 1½ Jahr freigeblieben. Die Drüsen der Achselhöhle, sowie diejenigen oberhalb und unterhalb der Clavicula, sind infiltrit; der Arm ist ödematös geschwollen. Eine reine Exstirpation ist daher nicht mehr möglich, wesshalb von der Operation Abstand genommen wird.

Ausserdem konnte das Carcinom in noch drei andern Fällen wegen gleichzeitig bestehender carcinomatöser Infiltration der Drüsen ober- und unterhalb der Clavicula nicht operirt werden.

Bei der Operation der Carcinome der Brustdrüsen entferne ich stets, abgesehen von der Grösse des Carcinoms, die ganze Drüse, um möglichst alles Krankhafte zu entfernen. Ich unternehme die Operation so lange, als noch eine reine Exstirpation möglich ist. Oedematöse Anschwellung des Armes hält mich nicht von der Operation ab; es gelingt auch dann noch oft, die Drüsen von den Gefässen frei zu präpariren. So waren in 6 Fällen die Gefässe in grösserer Ausdehnung umwachsen, so dass dieselben nach der Operation zollweit zu Tage lagen. Zwei Mal wurde die Vena axillaris angeschnitten und musste vollständig ein Mal ober- und unterhalb des Schnittes unterbunden werden; und trotz alledem war der Verlauf in Bezug auf die augenblickliche Hülfeleistung stets ein günstiger, in Bezug auf den definitiven Erfolg allerdings nicht immer günstig; in zwei Fällen trat schon ein paar Monate nach der Operation ein Recidiv ein, und konnte hier nur der Patientin für einige Monate neue Hoffnung geboten werden. Ich würde stets sehr früh operiren und stets die ganze Mamma, selbst bei geringster Ausdehnung des Neugebildes, exstirpiren; indess hier wird Einem nur in den seltensten Fällen Gelegenheit zu einem so frühen Eingriff geboten. Erst dann stellen sich die Patienten vor, wenn die Drüsen der Achselhöhlen in grosser Ausdehnung afficirt sind. In allen hier erwähnten Fällen war dieses der Fall. Bei der Operation suche ich stets mehr oder weniger das Fettgewebe der umgebenden Drüsen mit herauszuschneiden und entdecke dabei oft noch ganz kleine Drüschen, die sonst jedenfalls den Augen des Operateurs entgehen müssten. Ich habe daher auch stets bei einer reinen Exstirpation das Recidiv nicht in der

Achselhöhle, sondern in entfernteren Drüsen und entfernteren innern Organen beobachtet.

Da, wie erwähnt, eine reine Exstirpation nicht immer vorgenommen werden konnte, so blieben im Ganzen 8 Fälle für die Operation. In allen waren die Achseldrüsen mit afficirt, in 6 Fällen die Gefässe umwachsen und mussten in grösserer Ausdehnung bloss gelegt werden.

1. Frau W , Maria, aus . . . , 45 Jahre alt, wurde vor 1½ Jahr von Herrn Geheimrath Fischer an Carcinom der Mamma operirt; es wurde damals die ganze Brustdrüse exstirpirt. Das Recidiv stellte sich zwei Monate nach der Operation ein, noch ehe die Wunde vollständig verheilt war. Am 19. Januar 1875 Exstirpation des Recidivs, welches den Musculus pectoralis durchdrang und an einer Stelle von den Rippenknorpeln abgeschabt werden musste. Die Achseldrüsen wurden in grosser Ausdehnung exstirpirt und hierbei die Axillar-Gefässe entblösst. Verband nach Thiersch. Patientin wurde schon am 10. Februar 1875, 3 Wochen nach der Operation, entlassen. 4 Monate später wurde mir ihr Tod mitgetheilt.

2. H . . ., R . ., 53 Jahre alt, wurde am 9. Juni 1875 aufgenommen mit Carcinoma mammae. Patientin verspürte vor 3 Jahren zuerst Stiche in der linken Brust; dabei bemerkte sie eine Anschwellung derselben, litt an Appetitlosigkeit, zuweilen an Frösteln und allgemeiner Abgeschlagenheit. Es entwickelte sich also der Beginn des Leidens unter den Symptomen einer entzündlichen Affection der Mamma. Erst vor 1½ Monaten bemerkte Patientin in der linken Brust einen harten Knoten, die Mamma war nur zum kleinsten Theile afficirt, während die Achselhöhle mit Drüsenpaketen ausgefüllt war. Es bestand ein leichtes Oedem des Armes.

10. Juni 1875 Exstirpation der ganzen Mamma. Das Neugebilde war an einzelnen Stellen mit den Rippenknorpeln verwachsen, so dass zum Zwecke der reinen Exstirpation die Rippen mit dem Messer abgeschabt werden mussten. Die Ausräumung der Achselhöhle machte viel Schwierigkeit, und wurden die Achselgefässe in einer Ausdehnung von 1½ Zoll entblösst. Die Drüsen wurden weit hinauf unterhalb der Clavicula mit grösster Mühe von den Gefässen getrennt und entfernt. Der

Heilverlauf war ein günstiger. Patientin wurde am 10. Juli entlassen mit gut heilender und stets sich verkleinernder Wunde, indess auch bereits mit deutlichen Spuren einer Metastase in den Lungen, Dämpfung und Bronchialathmen links hinten und unten.

Die beiden folgenden Fälle bieten in ihrem Verlaufe nichts Bemerkenswerthes.

3. Frau P . . . aus Iserlohn, Privatpatientin litt an Carcinom der Mamma dextra. Die Achseldrüsen waren auch hier afficirt, aber noch nicht in grosser Ausdehnung; die Operation wurde im Anfange des Jahres 1875 ausgeführt und die Heilung ging rasch von statten.

4. Frau L . . . aus Cöln am 28. Januar 1875 operirt an Carcinoma mammae sinistrae und der Achseldrüsen. Die Heilung ging sehr rasch und gut von statten und wurde Patientin 4 Wochen nach der Operation geheilt entlassen. Bisher ist auch noch kein Recidiv eingetreten.

5. Fräulein M . . . 34 Jahre alt aus . . . operirt am 10. November 1875. Patientin hatte vor einem halben Jahre zuerst eine Infiltration der linken Brustdrüse bemerkt, die Anschwellung entstand unter leichten Schmerzen und in der Brust liess sich nicht ein einziger Knoten nachweisen. Die Behandlung bestand damals in Compression mittelst Gummibinden. Hierauf wuchs die Geschwulst rapide; aber erst vor 3 Monaten bemerkte sie einen festen Knoten in der Mamma.

Die ganze Mamma und ebenfalls die Drüsenpakete in der Achselhöhle wurden exstirpirt. Die Heilung ging innerhalb 6 Wochen im Ganzen gut von statten, nur um die Wunde herum waren durch den Reiz des durch den Verband retinirten Eiters ein Ekzem und Pusteln entstanden, die auch später um die Narbe herum nicht heilen wollten; vielmehr bildete sich um dieselbe herum eine neue Infiltration, die sich immer mehr als eine carcinomatöse documentirte. Die Achselhöhle blieb frei.

6. Am 7. Februar wurde die Exstirpation dieses Recidivs wie wohl es sich unter dem Bilde eines sogenannten Panzerkrebses zeigte, vorgenommen. Die entstandene Wundfläche war min-

destens $1^1/_2$ Handfläche gross. Der Heilungsverlauf war jetzt ein sehr guter und am 3. April konnte Patientin geheilt entlassen werden.*)

7. E, Elise 49 Jahre alt aus W, wurde am 6. December 1875 aufgenommen. Seit dem Frühjahr bestand ein Knötchen neben der Warze, welches allmälich an Umfang und Schmerzhaftigkeit zunahm; die Drüsen der Achselhöhle sind ebenfalls afficirt.

Operation am 6. December. Arteria und Vena axillaris mussten in der Ausdehnung von 2″ entblösst werden. Verband nach Thiersch. Heilung innerhalb 6 Wochen.

8. Frau M, Pensionärin, 54 Jahre alt, zeigte einen grossen Knoten in der linken Mamma. Amputation der ganzen Brust und Exstirpation einzelner kleiner Drüsen in der Achselhöhle. Heilung ging sehr rasch von statten; Entlassung nach 5 Wochen.

Im Ganzen ist also die Brustdrüse 7 Mal exstirpirt worden, stets mit den gleichzeitig afficirten Achseldrüsen. 3 Mal musste schon nach kurzer Zeit ein Recidiv und 1 Mal mussten gleichzeitig die mit afficirten Drüsen in der Achselhöhle exstirpirt werden. 1 Mal liess sich eine Metastase der Lunge während der Nachbehandlung nachweisen. Patientin wurde auf ihren Wunsch entlassen, starb einige Wochen nach der Entlassung in der Heimath.

In 1 Falle trat ein Recidiv bei einer Frau, welche schon 2 Mal operirt war, einige Monate nach der Entlassung abermals auf, und Patientin erlag ihren Leiden. Von den 8 Operirten sind also 2 gestorben, eine kurze Zeit nach der Operation durch eine Metastase in der Lunge derselben Seite; eine Andere nach der Operation des Recidivs einige Monate nach der Entlassung; aus welcher Ursache ist nicht zu eruiren. Zwei wurden schon wieder an einem Recidive in loco affecto operirt und sind einstweilen noch frei.

Vier der operirten Frauen sind noch frei von einem Recidiv,

*) Im Juli 1876 stellte Patientin sich mit einem haselnussgrossen Recidive vor. Ausserdem war die andere Brustdrüse ödematös geschwellt, ohne dass sich ein carcinöser Knoten nachweisen liess, indess befindet sich in der entsprechenden Achselhöhle und oberhalb des Schlüsselbeines je ein wallnussgrosser Knoten.

indessen datirt eine von ihnen aus den letzten Monaten des Jahres 1875. Die übrigen 3 datiren aus dem Beginn des Jahres. Alle Drei hatten bedeutende Drüseninfiltrationen und trotzdem sind alle noch frei. Einen Unterschied in den einzelnen Fällen anzugeben und damit einen Grund herauszustellen, weshalb die einen so rasch dem Recidive verfielen und die andern nicht, ist mir nicht möglich. Drüsenaffection bestand in allen Fällen. Keine der Operirten starb in Folge der Operation. Die Behandlung war dieselbe bei Allen mit Ausnahme von Zweien, welche in althergebrachter Weise einfach mit Charpie verbunden wurden.

Carcinomatöse Oesophagus-Strictur

kam 5 Mal zur Beobachtung bei 5 Männern. Die Behandlung bestand in Erweiterung der Strictur mittelst Sonde, sobald das Hinderniss bedeutender wurde.

Fremdkörper.

3 Mal wurden Fremdkörper im Oesophagus beobachtet.

Schäfer, Cath., 15 Jahre alt, Magd in Cöln, stellte sich am 11. Juni 1875 in der Ambulanz vor. Sie hatte eine Nadel im Munde; in demselben Augenblick, als sie von ihrer Herrschaft gerufen wurde, und schnell antworten wollte, verschluckte sie dieselbe. Die Nadel stak quer im Anfange des Oesophagus und konnte leicht mit einer Schlundzange gefasst und entfernt werden.

Hartkopf, J., 60 Jahre alt, Fabrikant aus Cöln, verschluckte am 28. October ein Stück Knorpel, welches im Oesophagus stecken blieb; dasselbe wurde mittelst der Schlundsonde in den Magen gebracht.

Herr Hamel, Carl, 27 Jahre alt aus Solingen, verschluckte am 28. August 1875 mit dem Entleeeren eines Bierglases ein Staarbrillenglas. Bei der Sondirung fühlte man das Glas in der Gegend der Cardia und mit einiger Gewalt liess es sich in den Magen bringen. Patient hatte von da an keine Beschwerden von dem Glase mehr, andererseits gelang es aber nicht, dasselbe in den Faeces nachzuweisen. Am 3. September erfolgte die Entlassung.

Bauch.

215 Fälle, 120 bei Männern, und 95 bei Weibern.

7 Verletzungen sind im ganzen zur Beobachtung gekommen, 5 bei Männern und 2 bei Weibern.

3 Contusionen des Bauches bei 3 Männern, einer starb an Perforation der Blase und allgemeiner Peritonitis. 2 Stichwunden bei 2 Männern; einer starb an allgemeiner Peritonitis. 2 Schusswunden bei 1 Manne und 1 Weibe. Von diesen 7 Verletzungen starben zwei, einer an Contusion des Unterleibes und Perforation der Blase mit consecutiver Peritonitis, der andere an einer Stichwunde mit Verletzung des Peritoneum und secundärer Peritonitis.

Piehl, Heinrich, 60 Jahre alt, Maurer aus Cöln fiel am 30. März 1875 auf den Bauch und empfand dabei sehr heftige Schmerzen. Mit Mühe und unter starken Schmerzen schleppte er sich nach Hause; dort angekommen bemerkte er, dass er nicht uriniren konnte. Ein hinzugerufener Barbier entleerte zweimal viel Blut und Urin mit dem Chateter. Am 31. März 1875 grosse Schmerzhaftigkeit der Unterleibes, mit dem Catheter wird blutiger Urin entleert.

Patient starb an eitriger Peritonitis 6 Tage nach der Verletzung. Section wies eitrige Peritonitis nach. Die Blase war contrahirt; bei Druck auf dieselbe konnte man durch eine feine Oeffnung im Blasenscheitel den Inhalt in die Bauchhöhle entleeren.

Schmidt, Wilh. 34 Jahre alt, Cigarrenfabrikant aus Bensberg, brachte sich mittelst eines Messers eine Verwundung des linken Hypochondrium am 22. Januar 1875 bei.

Augenblicklich nach der Verletzung erbrach Patient, das Erbrechen dauerte 2 Tage fort.

Beh. Ich liess die Wunde ganz unberührt und applicirte die Eisblase.

Nach zwei Tagen nahm das Erbrechen ab.

Patient wurde am 28. Februar 1875 geheilt entlassen.

Die zweite Verwundung, welche tödtlich endete, ist folgender Fall: Bernhard Oskar, 22 Jahre alt, Hutmacher aus Cöln, erhielt am 9. October 1875 einen Stich in den Rücken. Im Rücken hatte Patient zwei Wunden, die eine grössere war 1¼ - 1½" lang; aus der Wunde drängte sich die Musculatur und die fascia

dors. vor, es bestand eine ziemlich starke Blutung, welche durch Unterbindung gestillt wurde.

Es ging mit dem Blut Urin ab.

12. October. Es hatte sich eine neue Blutung aus der Wunde eingestellt, die Wunde sah missfarbig aus, die Umgebung war oedematös.

Von dem Gedanken ausgehend, dass die Entzündung der Umgebung und die hohe Temp. von 40,0 von der Retention des des zersetzten Blutes ausgehe, und um gleichzeitig die Nachblutung zu stillen, erweiterte ich die Wunde in grosser Ausdehnung, entfernte das zersetzte Blut und stillte die Blutung.

Am 14. December starb Patient, die Temperatur war stets eine hohe geblieben, der Unterleib war schmerzhaft geworden, es bestanden Zeichen einer Peritonitis.

Die Section war gerichtlich und hat eine kleine Verletzung des Peritoneum und eine ganze frische Peritonitis nachgewiesen.

Zwei Schusswunden.

Beide verliefen sehr gut.

Gau, Franz, 19 Jahre alt, Schuster aus Cöln, erhielt am 8. August 1875, auf der Strasse gehend, plötzlich einen Schuss in den Rücken.

Ueber der r. Crista ilei befand sich eine erbsengrosse Wunde, 5 cm. etwa von der Wirbelsäule entfernt.

Die Kugel konnte nicht entdeckt werden, sondirt wurde, wie stets, nicht.

18. August. Beim Wechseln des Thiersch'schen Verbandes entdeckte ich neben der Wirbelsäule die Kugel und wurde selbige leicht durch Incision entfernt.

3. September geheilt entlassen.

Der zweite Fall bietet einiges Interesse und dürfte etwas genauer besprochen werden.

Barbara Schnorrenberg, 22 Jahre alt aus Neurath, erhielt am 20. August durch Unvorsichtigkeit einen Schuss aus unmittelbarer Nähe in den Rücken. Die Kugel drang vom Rücken aus durch den Unterleib und trat vorn in der Magengegend aus, um etwa 10 Fuss davon entfernt in einen Balken zu schlagen,

aus dem sie nachträglich entfernt wurde, so dass die ganze Ladung dorten aufgefunden wurde.

Die Eingangsöffnung lag links unterhalb der letzten Rippe, 2'' von der Wirbelsäule entfernt; die Ausgangsöffnung 2 Finger breit unter dem Rippenbogen in der verlängerten mamillar-Linie. Patientin zeigt peritonitische Symptome: kleinen Puls, Erbrechen von kaffeesatzähnlicher Masse, Collaps, Schmerz bei Druck auf die betroffene Bauchgegend. Der Urin musste mit dem Catheter entfernt werden und war innig mit Blut vermischt. Die Blutung aus der Rückenwunde, sowie aus der Blase war sehr heftig, so dass der Verdacht einer Verletznng der Arterien des Nierenbeckens sehr wahrscheinlich war.

Die Wunde wurde nicht tangirt, Stuhlgang war keiner eingetreten. Beh. nach Thiersch und Eisblase.

24. August. Die Urinblutungen, sowie die Blutungen aus der Rückenwunde dauern noch stets fort.

27. August. Urin ist noch sehr blutreich, enthält colossal viel Eiter, Cylinderepithel. Das Blut war stets sehr zersetzt, die Blutkörperchen aufgelöst und mit dem Urin vermischt. Der Urin war nicht roth, sondern mehr dunkelroth, kaffeeähnlich gefärbt, so dass eine Verletzung der Nieren mehr als wahrscheinlich wurde, für letzteres sprach ja auch der ganze Verlauf der Wunde. Der Urin war stark eiweisshaltig.

30. August. Urin weniger blutreich, indess der Eitergehalt ist ein sehr grosser, bei der heutigen Defaecation wurde etwas Blut entleert.

18. September. In der vorderen Bauchgegend hatte sich ein kleiner Abscess entwickelt, ebenfalls in der Rückenwunde, so dass an beiden Stellen eine Incision nöthig wurde. In der Rückengegend musste eine 4 cm. lange Incision gemacht werden. Der untersuchende Finger drang tief in directer Richtung zur hin. Der Schnitt entsprach ganz der von Simon angegebenen Niere Richtung der Incision zur Nephrotomie, und da ich das Glück gehabt, beide Male der Nephrotomie beizuwohnen, und sowohl ihre leichte Ausführbarkeit als ihren guten Verlauf zu beobachten, so drängte sich mir unwillkürlich, möchte ich sagen, der Wunsch auf, hier die Nephrotomie zu machen, zumal der Weg zur Niere festgebahnt war.

Indess der Verlauf war bis heran und auch für die Zukunft ein so günstiger, dass nie eine Indication zur Operation vorlag.

Die beiden Wunden verkleinern sich immer mehr. Die Eiterung ist sehr gering. Urin ist eiweissfrei. Das Sediment in demselben ist sehr gering.

7. Februar 1876. Patientin ist geheilt und soll in den nächsten Tagen entlassen werden.

Verbrennungen des Unterleibes

sind vier beobachtet worden, 5 bei Männern und 1 bei einem Weibe, von denen zwei starben und zwar jedesmal wegen der grossen Ausdehnung der Brandfläche; letztere sind schon anderswo zur Sprache gekommen.

Die Behandlung der Verbrennung besteht bei grosser Ausdehnung in möglichst zeitlich ausgedehnten Bädern und nachherigen Umschlägen von Leinöl mit Kalkwasser zu gleichen Theilen.

Entzündliche Processe am abdomen

wurden 4 beobachtet, 2 Männer, 2 Weiber.

Ein Mal kam Erysipelas bei einer operirten Frau vor.

Ein Abscess in der Bauchwand ist verzeichnet.

Krupp, Anton, 30 Jahre alt, Tagelöhner aus Eitorf, bemerkte beim starken Heben plötzlich einen Schmerz in der Bauchwand. Patient arbeitete indess unter allmälicher Steigerung des Schmerzes und gleichzeitiger Entwickelung einer Anschwellung in der Bauchwand weiter. Es entstand also hier wahrscheinlicher Weise der Abscess, als welcher sich die Anschwellung bei der Aufnahme am 14. Juni 1875 durch eine gemachte Incision erwies, aus einer in Folge einer starken Anstrengung eingetretenen Blutung in die Bauchwand.

Am 7. April geheilt entlassen.

Ein Fall von Entzündung der Nabelvene mit consecutivem Trismus kam bei einem 8 Tage alten Mädchen zur Beobachtung. Das Kind starb schon am Tage der Aufnahme.

Neubildungen.

4 Fälle von Neubildungen sind verzeichnet, bei 1 Manne und 3 Weibern.

Ein Molluscululm pendulum, welches taubeneigross vor der vordern Bauchwand einer Dame an einem federkieldünnen Stiel hing, und mittelst eines Scheerenschnittes entfernt wurde.

Die zweite Geschwulst betrifft ein Sarcoma in der Bauchwand.

Hack, Rosa, geb. Schumacher, 63 Jahre alt, wurde aufgenommen am 15. December 1874 mit einem Sarcoma der Bauchwand. Patientin war in ihrem 33. Lebensjahre wegen einer Geschwulst in der Bauchwand operirt und seit der Zeit bis vor einem halben Jahre gesund gewesen. Der Fall fand wegen des hinzugetretenen Erysipel schon beim Erysipelas seine Erwähnung und endete tödtlich.

Ein Sarcoma in abdomine bei einem 12jährigen Knaben. Die Geschwulst war so gross, dass sie fast die ganze Bauchhöhle ausfüllte.

Die Geschwulst bestand anfänglich aus einzelnen Knollen, die allmälich sich zu einer grössern Masse vereinigten. Oberhalb derselben fand sich eine colossale Magendilatation. Der arme Patient litt von Zeit zu Zeit wochenlang an Obstruction des Darmrohres, Kothbrechen etc. und wurde durch nährende Clysmata erhalten, bis nachträglich wiederum das Darmrohr gangbar wurde.

Patient starb endlich nach einer halbjährigen Beobachtung an Inanition.

Section war nicht erlaubt.

Die 4. Geschwulst ging von der rechten fossa iliaca aus.

Lechenich, Christina, 64 Jahre alt, wurde am 8. April 1876 aufgenommen mit einer Geschwulst in der rechten untern Bauchgegend. Dieselbe war nach oben von der Leber abgrenzbar. Das rechte Bein stand in Flexion, Abduction und Rotation nach aussen.

Die Geschwulst war semifluctuirend. Die Stuhlentleerung musste mittelst Clysma resp. Abführmittel erzielt werden.

Ein Monat nach der Aufnahme wurde die Fluctuation deutlicher, und da Patientin sichtlich abnahm, so machte ich

eine Incision, führte ein Drainagerohr ein und verband nach Thiersch.

Es entleerte sich bei der Incision viel Eiter, indess lange nicht entsprechend der Ausdehnung des Unterleibes, so dass der Verdacht auf eine feste Geschwulst immer mehr an Sicherheit gewann, zumal nachträglich am 20. Mai sich mit dem Eiter Koth entleerte, und man jetzt Knoten durch die Bauchwand durchfühlen konnte.

Am 7. Juni erlag Patientin ihrem Leiden.

Die Section wies ein Sacrom nach, welches auf das Coecum übergegriffen hatte.

Hernien

kamen 196, bei 108 Männern und 88 Weibern
zur Beobachtung.

Im Ganzen sind 183 Bruchbänder verabfolgt worden und zwar 13 Nabelbruchbänder und 168 für Leisten- und Schenkelhernien, fernere einMal für einen Bruch in der Linea alba unterhalb des Nabels, und ein Mal für einen Bruch der Bauchwand, seitlich von der Lin. alb. gelegen.

Der Bruch war bei Männern doppelseitig 41 Mal, und zwar 38 Mal bei Erwachsenen und 3 Mal bei Kindern bis zu 3 Jahren; von 3—15 Jahren kam Doppelseitigkeit des Bruches weder bei Knaben noch bei Mädchen vor. Beim weiblichen Geschlechte wurde ein doppelseitiges Bruchband 17 Mal verabfolgt und zwar bei Erwachsenen 16 Mal und bei Mädchen bis zu 3 Jahren 1 Mal.

Leistenbruch fand sich 102 Mal bei Männern und 13 Mal bei Frauen.

Der Schenkelbruch fand sich nur bei Frauen. Der Bruch war ein- und rechtsseitig beim männlichen Geschlecht 40 Mal und zwar:

bei Kindern bis zu 3 Jahren	5 Mal
bei Kindern bis zu 15 Jahren	8 Mal
und jenseits 15 Jahren	27 Mal

Der Bruch war ein- und rechtsseitig beim weiblichen Geschlecht 30 Mal und zwar:

bei Kindern bis zu	3 Jahren	7 Mal
bei Kindern von 3—15	Jahren	1 Mal
und jenseits 15	Jahren	22 Mal

Der Bruch war beim männlichen Geschlecht linksseitig 21 Mal und zwar:

bei Knaben bis zu	3 Jahren	4 Mal
bei Knaben von 3—15	Jahren	1 Mal
jenseits 15	Jahren	16 Mal

Der Bruch war beim weiblichen Geschlecht linksseitig 22 Mal und zwar:

bei Mädchen bis zu	3 Jahren	2 Mal
bei Mädchen von 3—15	Jahren	1 Mal
jenseits 15	Jahren	19 Mal

Irreponible Brüche

kamen im Ganzen 10 zur Beobachtung, bei 4 Frauen und bei 6 Männern und zwar 6 Leistenhernien bei Männern und 4 Schenkelhernien bei Frauen. In allen 10 Fällen bestanden Einklemmungserscheinungen.

Unter der üblichen Behandlung von Eisblasenauflegung, Clystiren etc. gelang es, den Bruch zu reponiren. In einem Falle entdeckte man bei einem Manne nach der Reposition des ganzen Bruchinhalts eine Cyste des Funiculus spermaticus, welche geheilt wurde durch Injection von Lugol'schen Lösung.

Ebenfalls bestand bei einer Frau nach der Reposition der Hernie eine hühnereigrosse Cyste, die Geschwulst war fluctuirend und durchsichtig.

Es muss hier die Frage offen bleiben, ob es vielleicht ein alter nach oben abgeschnürter Bruchsack, welcher einen durchsichtigen Inhalt hatte, oder ob es ein Cyste in dem sogenannten canalis Nuckii in dem Analogon des canalis vaginalis bei männlichem Geschlechte war. Für letzters sprach der Umstand, dass Patientin vor dem Bestehen des vor einigen Tagen plötzlich eingetretenen Bruches nie etwas in der betroffenen Gegend gehabt hat.

Frau Schmitz, Barbara aus Antweiler, bekam vor 8 Ta-

gen nach einem heftigen Hustenanfall Schmerzen und eine Anschwellung in der rechten Leistengegend. Bei der versuchten Taxis des behandelnden Arztes gelang es, einen grossen Theil des Inhaltes zu reponiren. Bei der Aufnahme im hiesigen Hospital reponirte auch ich noch einen Theil des Inhaltes, der übrige Theil erwies sich bei genauer Untersuchung als eine Cyste. Ich entleerte den Inhalt derselben und spritzte Lugol'sche Lösung ein. Der Verlauf war ein günstiger, es dauerte allerdings 2 Monate, bis die Cyste bis auf ein kleines Knötchen verschwunden war.

Ich führe hier noch einen Fall einer irreponiblen Hernie an, welcher ein besonderes Interesse hat, indem ich nachher an demselben besonderer Umstände halber die Radicaloperation nach Wutzer ausführte.

Pütz, Joh. Jos. 33 Jahre alt, Gärtner aus Cöln, wurde am 2. Juli 1875 aufgenommen mit einem colossalen Leistenbruch, 31. August entlassen mit Bruchband.

Der Bruch war manneskopfgross, seit zehn Tagen die Reposition nicht mehr möglich. Auf der Höhe der Geschwulst war die Haut in der Ausdehnung einer kleinen Handfläche exulcerirt. Unmittelbar unter der exulcerirten Haut entdeckte man in dem Bruchsacke verdicktes knolliges Netz und bei jedem Versuche der Reposition wurde die exulcerirte Stelle mit in den Leistenkanal hineingezogen.

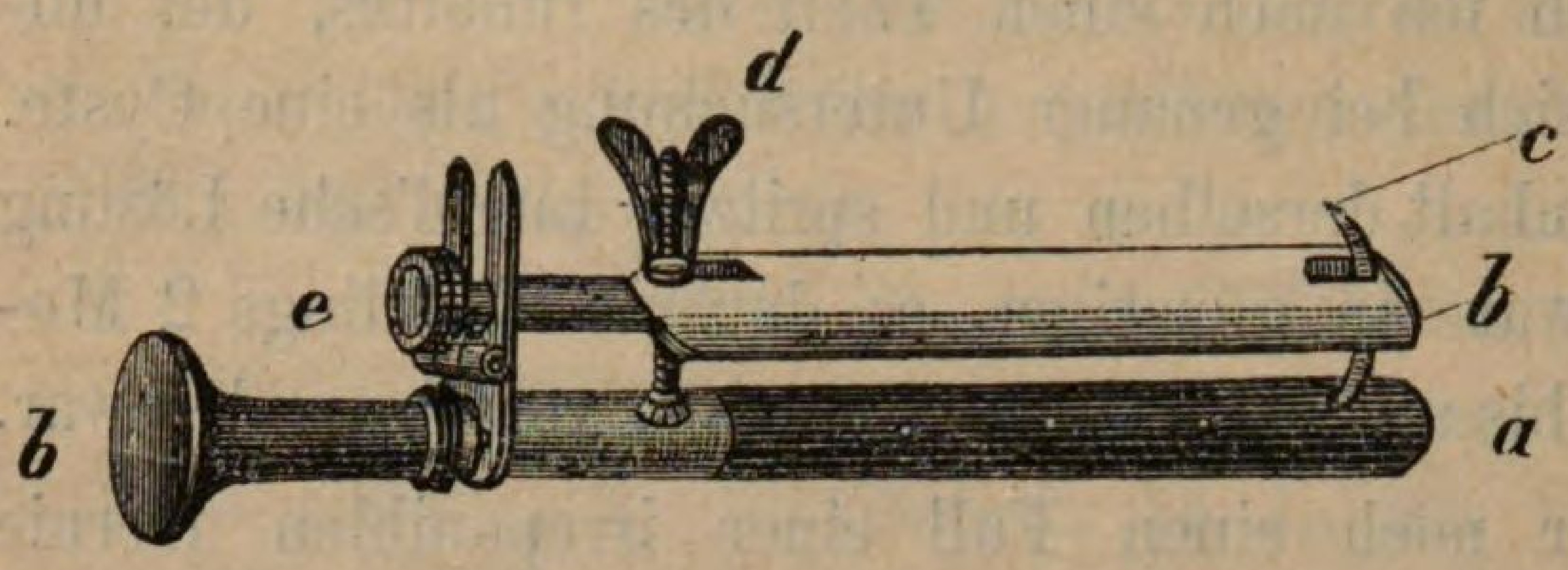
17. August. Nach vielen Anstrengungen sowohl von unserer Seite als besonders von Seiten des wirklich energischen Patienten, welcher Tag und Nacht Repositionsversuche machte, gelang es demselben, den ganzen Bruchsack zu reponirten und reponirt zu erhalten, hierbei trat indess das seltsame Phänomen ein, dass das mit der Haut verwachsene Netz den Bruchsack und die exulcerirte Stelle der Haut in den colossal erweiterten Leistencanal hineinzog; dort konnte er mit der Hand reponirt erhalten werden, mittelst Bruchband war indess die Zurückhaltung nicht möglich.

Ich beschloss daher den mir von der Natur vorgezeichneten Weg der Behandlung einzuschlagen.

Herr Dr. Schniewind sen., welcher als früherer Assistenzarzt von Prof. Wutzer in seiner Doctordissertation über die radicale Bruchoperation geschrieben hat, hatte die Güte, mir das

Wutzer'sche Invaginatorium behufs Vornahme der Operation zu schenken.

18. August reponirte ich den Bruch, und ward hierbei der Bruchsack sammt der Bedeckung tief in den Canal hineingezogen.



Hierauf führte ich den in nebenbeifolgender Figur veranschaulichten Obturator des Invaginatorium in den Leistenkanal hinein, nachdem ich zuvor die Haut an der betreffenden Stelle mit Chantharidentinctur bestrichen hatte, damit eine oberflächliche Entzündung des invaginirten Theiles resp. eine nachherige Verwachsung der sich berührenden Hautflächen entstände, stiess hierauf die Nadel *b c* durch denselben und durch die Bruchwand hindurch bis die Spitze *c* ganz frei hervorsah.

Ich führte nun durch die Oeffnung des obern Endes der elfenbeinernen Platte *b*, die Nadelspitze hindurch und befestigte mittelst der Schrauben *d* und *e* den untern Theil dieser Platte *b* recht fest an den Obturator. Der Verlauf war ein äusserst günstiger. In den ersten Tagen beunruhigte mich allerdings die eingetretene Obstipation und Auftreibung des Unterleibes.

Indess am 3. Tage trat nach einem hochgehenden Clystiere eine ordentliche Entleerung ein.

Am 22. Juli, also am 4. Tage, wurde, weil sich aus dem Stichcanal Eiter entleerte, das Invaginatorium entfernt.

Der invaginirte Theil blieb mit dem Bruchsack reponirt, und durfte Patient schon ziemlich heftige Hustenversuche machen, ohne dass ein Prolaps eintrat. Ich legte ein Bruchband an, welches er auch nicht mehr abgelegt hat.

Am 31. August wurde Patient, wenn auch nicht radical, geheilt entlassen, denn zu diesem Zwecke wurde ja nicht die Operation gemacht, da über die Radical-Bruchoperation wenigstens einstweilen der Stab gebrochen ist; indess war doch soviel erreicht, dass Patient mit Bruchband und reponirt gehaltenem Bruche entlassen werden konnte. Bei der Entlassung blieb der Bruch ohne Bruchband, selbst beim Husten, noch reponirt. Ich habe Patient

nicht mehr gesehen, und kann desshalb über die dauernde Heilung nichts Bestimmtes mittheilen.

Von den 11 irreponiblen Hernien blieb nur ein Netzbruch dauernd irreponible.

Ehe ich zu den eigentlichen incarcerirten Hernien übergehe, führe ich noch die Krankengeschichte einer irreponiblen Crural-Hernie an, welche ein Jahr lang mit Ausnahme einiger Unterbrechungen von 10-20 Tagen dauernd Gegenstand der ärztlichen Behandlung war. Es bestand ein irreponibler Netzbruch. Alle Versuche der Reposition waren vergebens, so dass es ausser allem Zweifel war, dass das Netz mit dem Bruchsacke in grosser Ausdehnung fest verwachsen war.

Der Versuch, eine Hohlpelotte dem Bruche anzupassen, misslang; trug Patientin, Cath. Quantius 18 Jahre alt, Waisenzögling aus Cöln, die Hohlpelotte, so war sie in den ersten 8 Tagen zufrieden, dann aber drückte die Pelotte wieder zu stark und es musste eine neue Pelotte verfertigt werden; trug Patientin die Pelotte nicht, so entstanden nach kurzer Zeit leichte Incarcerationssymptome, die Obstipation hielt oft 8 Tage an, bis endlich nach grösseren Calomeldosen und hochgehenden Clystieren sich wiederum Kothentleerung einstellte, und Patientin sich relativ wohl fühlte.

Nachdem Patientin so ein Jahr ihre und meine Geduld geneckt hatte, glaubte ich mich doch berechtigt, bei den günstigen Resultaten, welche man bei der antiseptischen Verbandmethode hat, die Operation zu machen.

Bei der Operation, 18. August 1875, fand ich das verdickte, knollige, eigrosse Netz mit dem Bruchsacke in seiner ganzen Ausdehnung verwachsen. Das ganze Netz trug ich ab und unterband den Stiel, welcher den Schenkelcanal ausfüllte und mit demselben verwachsen war.

Der Wundverlauf war ein günstiger, abgesehen von einer 5 Tage anhaltenden Obstipation mit gleichzeitigem heftigen Fieber von 40,0 Abends.

Am 6. Tage trat nach einer gehörigen Calomeldosis und einigen hochgehenden Clystieren Stuhlentleerung ein, und sind seit jener Zeit keine Incarcerationssymptome mehr eingetreten.

Patientin wurde am 14. Februar 1876 geheilt mit Pelotte entlassen.

Incarcerirte Hernien,

bei welchen die Operation nöthig war, kamen bei 3 Männern und 9 Weibern, also im Ganzen 12 Mal zur Beobachtung. Zähle ich hierzu die ebenerwähnte Bruchoperation wegen vorgefallenen irreponiblen Netzes, so sind im Ganzen 13 Bruchoperationen gemacht worden.

Von diesen Bruchoperirten starb einer am Tage der Aufnahme. Bei Allen, mit Ausnahme eines einzigen, musste der Bruchsack eröffnet und die Einklemmung, welche im Brucksackhalse lag, durchschnitten werden. Der Bruch war 2 Mal eine incarcerirte Leistenhernie, 1 Mal bei einer Frau und 1 Mal bei einem Manne, und 11 Mal eine Schenkelhernie.

Die Einklemmung des Bruches bestand in 11 Fällen:

4 Mal 2 Tage
4 „ 3 „
1 „ 7 „
1 „ 8 „
1 „ 9 „

Der Bruch selbst bestand

1 Mal 2 Tage
1 „ 8 „
1 „ 13 „

und war somit in 3 Fällen frisch entstanden. Die übrigen Male bestand der Bruch seit langer Zeit, Jahre lang. Die Heilung schwankte zwischen 22—62 Tagen.

Was den Inhalt betrifft, so lag

3 Mal das Netz allein
3 „ „ „ gleichzeitig mit Dünndarm,
7 „ nur Darm resp. ein Mal eine Seitenwand des Dünndarms vor.

Der Darm sah drei Mal dunkelschwarz aus, so dass ich sehr zweifelte, ob ich denselben anschneiden sollte oder nicht. In einigen Fällen habe ich nachträglich die Schenkel des Bruchringes mit Catjut vernäht; in den Krankengeschichten ist dies leider nicht hervorgehoben.

Das Netz habe ich wenn es entartet war, stets abgetragen und ebenfalls den Bruchsack, indem die oft sicher langwierige Eiterung des Netzes und des Bruchsackes die Heilung verzögert.

Es ist auffällig, wie selten meist die Patienten verbunden wurden, wie gering die Reaction war.

Fieber trat nur in einem einzigen Falle ein, wo indess auch noch eine sechstägige Retention der Faeces statthatte, es war dies der Fall Quantius, welcher schon erwähnt ist.

Mit der Defaecation fiel das Fieber.

Wenn nicht gleich am ersten Tage Stuhlgang sich einstellt, so werden hochgehende Clystiere angewandt, wenn kein Fieber sich einstellt, so wird erst am dritten bis vierten Tage ein Calomelpulver gegeben. Die Diaet ist anfangs eine blande, nach 8—10 Tagen indess eine gute. Die Heilung war im Allgemeinen eine sehr rasche.

Der Verlauf war bei allen günstig mit Ausnahme einer Einzigen, welche am Tage der Aufnahme in Folge Gangraen des vorgefallenen Darmes starb. Als Patientin aufgenommen wurde, war sie kalt und pulslos. Ich machte daher nur noch die Operation um die einzige, ganz unwahrscheinliche Möglichkeit der Rettung nicht unversucht zu lassen.

Bei einer Patientin entwickelte sich eine circumscripte Peritonitis, welche die Heilung hintenanhielt.

Bei einer Anderen entstand, wiewohl die Operation ohne Eröffnung des Bruchsackes gemacht wurde, eine Kothfistel, wodurch die Heilung sehr verzögert, indess doch schliesslich erzielt wurde.

In einem dritten Falle, wo es sich um einen sogenannten Littre'schen Bruch handelte, entstand eine Fistel, welche sich indess nachträglich auch schloss.

Bei einem vierten Falle entstand im Verlauf der Heilung ein Erysipelas.

Eine Operation fällt noch in den Schluss des Jahres 1874.

Kirstein, Gertrud, 45 Jahre alt, Köchin aus Milde, Hernia cruralis incarcerata.

Am 16. December 1874 operirt, 27. Februar 1875 geheilt entlassen.

8 Tage vor der Aufnahme trat bei ruhiger Lage im Bette in der rechten Leiste eine Geschwulst hervor. Seit der Zeit hatte Patientin unter Zunahme der Geschwulst und allmälicher Entwickelung einer leichten Schmerzhaftigkeit derselben keinen Stuhl mehr.

Am Tage der Aufnahme entwickelten sich zuerst hervortretende Incarcerationssymptome. Operation am Tage der Aufnahme mit Eröffnung des Bruchsackes und Erweiterung des Schenkelringes nach innen. In diesem Falle wurde der Bruchsack nicht entfernt. Es lag eine Dünndarmschlinge vor. Verband nach Lister.

Verlauf war ein günstiger, indess stellte sich am dritten Tage Fieber ein. Erysipelas von der Wunde aus, und Rentention des Eiters im Bruchsack.

Am 12. Februar war die Wunde zugeheilt.

Am 22. Februar 1875 mit Bruchband entlassen.

Pütz, Helene, 68 Jahre alt aus Cöln, Hernia cruralis incarcerata.

Am 1. Januar 1875 aufgenommen, 25. Februar 1875 geheilt entlassen.

Patientin hatte schon seit langer Zeit einen Bruch, ohne dass sie ihn weiter beachtet hätte, resp. ein Bruchband trug.

Am 25. December 1874 begannen die Incarcerationssymptome sich einzustellen.

1. Januar 1875. Im Hospitale angekommen war Patientin äusserst collabirt, Puls sehr klein. Es gelang nach einem warmen Bade, den Bruch bedeutend zu verkleinern. Da indess die Uebelkeit fortbestand, so wurde zur Operation geschritten. Es lag nur Netz vor, letzteres wurde abgetragen und die Wunde nach Lister verbunden.

10. Februar 1875. Die Wunde ist ganz verheilt.

Am 25. Februar 1875 mit Bruchband geheilt entlassen.

Breuer, Sophia, 30 Jahre alt, aus Berzdorf, Hernia cruralis incarcerata.

Am 11. März 1875 operirt, 15. Mai geheilt entlassen.

Patientin litt seit 12 Jahren an einer rechtsseitigen Schenkelhernie und trug erst seit 10 Monaten ein Bruchband. Am 10.

März 1875 liess sie das Bruchband ab und spürte plötzlich bei der Arbeit in gebückter Stellung einen intensiven Schmerz.

Am 11. März wurde die Operation gemacht.

Es gelang nach erweitertem Schenkelringe die Reposition noch nicht, erst nach Erweiterung des Bruchsackhalses.

In diesem Falle war der Bruchsack stark verdickt, es lag nur stark verdicktes Netz vor. Der Bruchsack sowie das Netz wurden abgetragen.

Es entwickelten sich Eitersenkungen nach aussen und nach innen. In diesem Falle entstand ausserdem in der rechten Fossa iliaca eine circumscripte eiterige Peritonitis; aus der Bruchöffnung entleerte sich viel Eiter, und wurde ein 4 Zoll langes Drainagerohr in die Bauchhöhle gesenkt, so dass der Eiter stets gehörigen Abfluss nach aussen hatte und die Eiterhöhle ausgespritzt werden konnte.

Der Verlauf war ausserdem noch gestört durch einen acuten Gelenkrheumatismus.

Am 15. Mai geheilt entlassen.

Frau Schaefer, 67 Jahre alt, Hern. crural. incarc.

Am 20. Mai 1875 aufgenommen, 28. Juli geheilt entlassen.

Bruch bestand schon seit langer Zeit, seit einigen Tagen trat Stuhlverstopfung ein. Der Bruch war faustgross. Repositionsversuche misslangen.

20. Mai 1875. Operation und Eröffnung des Bruchsackes und blutige Erweiterung der Bruchpforte und des Bruchsackhalses. Abtragung des Netzes. Verband nach Thiersch.

21. Mai 1875. Leichte Temperaturerhöhung, Auftreibung des Unterleibes.

Verlauf war sehr günstig, Verband wurde alle 3—4 Tage gewechselt.

Am 11. Juli geheilt.

Am 28. Juli 1875 mit Bruchband entlassen.

Lentritz, Wilhelm, 23 Jahre alt, Fabrikarbeiter, aus Wüstegiersdorf, Hernia incarc. inguinalis. Am 25. Mai 1875 aufgenommen, am 17. Juni 1875 geheilt entlassen.

Patient bekam am Tage vor der Aufnahme beim Niessen plötzlich starken Schmerz in der linken Leistengegend und bald darauf Aufstossen und Erbrechen.

25. Mai 1875. Operation wurde nach der vergeblich versuchten Taxis gemacht. Neben dem Bruch bestand auch noch eine Hydrocele testiculi. Der Bruchsack musste eröffnet werden. Die Einklemmung sass hoch oben im Bruchsackhalse in der Gegend des innern Leistenringes. Nach Erweiterung des äussern Leistenringes konnte man den ganzen Bruchinhalt mit dem Bruchsacke reponiren, indess blieb der Darm gespannt. Derselbe sah verdächtig dunkelroth aus, indess da der Bruch erst zwei Tage bestand, so wurde er reponirt. Der Inhalt des Bruchsackes war eine Dünn-Darmschlinge.

Verband nach Thiersch.

Am dritten Tage trat Stuhlgang ein. Erst nach 10 Tagen wurde der Verband gewechselt, es zeigte sich dabei, dass die Wunde zu einem kleinfingerbreiten Granulationswalle zugeheilt war.

17. Juni. Die Wunde ist ganz verheilt, mit Bruchband entlassen.

Schimmel, Helene, 73 Jahre alt, Invalidin des Hospitals, Hernia cruralis incarcerata.

Am 5. Juli 1875 aufgenommen, 30. October geheilt entlassen.

Seit drei Viertel Jahren leidet Patientin an einer Hernie. Die Hernie ist wallnussgross. Die Taxisversuche sind vergebens.

Am 5. Juli 1875 Operation. Nach Erweiterung der Bruchpforte gelang die Reposition ohne Eröffnung des Bruchsackes. Der Inhalt desselben bestand, wie sich trotz der Nichteröffnung des Bruchsackes nachweisen liess, aus Netz und Darm.

Verband nach Thiersch.

Am 6. Juli starke Leibschmerzen, indess kein Erbrechen mehr; es wurde daher eine Calomel-Dosis verabfolgt, und es stellte sich andern Tages Stuhlgang ein.

13. Juli. Es entleerte sich trotz der Nichteröffnung des Bruchsackes aus dem Schenkelcanale mit dem Eiter Koth. Der Verlauf war sonst ein günstiger, nur dass eine Fistel übrig blieb, welche drei Monate gebrauchte, um zuzuheilen. Dieselbe schloss

sich zuletzt unter der Anwendung eines Druckes, welcher von einer auf die Fistel gelegten Bleiplatte ausgeübt wurde.

Kleinsorg, Gertrud, 47 Jahre alt, aus Frechen, aufgenommen mit Hernia cruralis incarcerata.

4. September 1875 aufgenommen, am 13. Oct. 1875 geheilt entlassen. Seit 14 Tagen bestand erst der Bruch, seit zwei Tagen hatten sich dazu Incarcerationserscheinungen gesellt.

4. September. Operation mit Eröffnung des Bruchsackes und Erweiterung der Bruchpforte und des Bruchsackhalses.

Verband nach Thiersch.

Der Verlauf war sehr günstig.

Am 14. September erster Verbandwechsel, die Wunde war keinfingerbreit.

24. September, also am 23. Tage nach der Operation, war die Wunde verheilt.

13. October mit Bruchband entlassen.

Frau Adolf Gertrud, 60 Jahre alt aus Ahrweiler. Hernia cruralis incarcerata, 23. November 1875 aufgenommen, starb am nämlichen Tage.

Patientin hat seit 9 Tagen Incarcerations-Erscheinungen.

Die Geschwulst war teigig weich, wenig schmerzend, Patientin war äusserst collabirt, die Hände und Füsse waren kalt, Puls war kaum fühlbar. Trotz der fast mehr als wahrscheinlichen Erfolglosigkeit der Operation glaubte ich mich doch verpflichtet, die Herniotomie zu machen. Der Bruchinhalt war total gangränös und platzte bei der Berührung mit der Hand.

Tod nach einigen Stunden.

Füllung, Wilhelmine, 77 Jahre alt aus Barmen, Hernia cruralis incarcerata dextra.

9. December 1875 aufgenommen, 21. Januar 1876 entlassen.

Seit 3 Tagen litt Patientin an Stuhlverstopfung und Kothbrechen. Es waren in diesem Falle sehr viele Taxisversuche gemacht worden, so dass die Haut über dem Bruche geröthet war.

Bei der Aufnahme am 9. December wird daher gleich zur Operation geschritten. Der Bruchsack wird eröffnet, und darauf der Bruchsackhals erweitert.

In dem Bruchsacke lag zum grössten Theile Netz und die Seitenwand des Dünndarmes vor.

Nach Hebung der Einklemmung konnte man den Dünndarm hervorziehen, worauf sich eine birnförmige Abschnürung der Dünndarmwand, welche verdächtig dunkelschwarz gefärbt aussah, einstellte.

Verband nach Thiersch.

21. December kein Stuhlgang, daher Clysmata.

22. December kein Stuhlgang, daher Calomel, worauf reichliche Kothentleerung eintrat.

29. December, es entleert sich Stuhl aus der Bruchpforte.

16. Januar 1876, Wunde und Fistel ganz geschlossen.

21. Januar geheilt entlassen.

Reinarz, Kath., 48 Jahre alt, aus Cöln. Hernia cruralis incarcerata sinistra.

24. December 1875 aufgenommen, 19. Januar 1876 geheilt entlassen.

Bruch bestand schon seit langer Zeit, die Einklemmung seit 3 Tagen. Taxis-Versuche waren vergeblich.

24. December, Operation mit Eröffnung des Bruchsackes und Erweiterung des Bruchsackhalses; Dünndarmschlinge lag vor. Verband nach Thiersch.

7. Januar 1875 wird zum ersten Male der Verband gewechselt, die Wunde ist fast geschlossen.

16. Januar. Die Wunde ist ganz geschlossen.

19. Januar geheit entlassen.

Ich machte noch zweimal die Herniotomie in der Privatpraxis und zwar jedesmal bei einem jungen Manne, einmal bei einem 12jährigen Knaben und einmal bei einem 19jährigen Jünglinge in beiden Fällen bei rechtsseitiger Leistenhernie. Genauere Notizen kann ich hierüber nicht geben.

Der Verlauf war bei Beiden gut.

Bei dem Knaben waren die Hoden noch nicht descendirt und der processus vaginalis noch offen, so dass bei der Operation der eine Hoden frei zu Tage lag.

Becken-Affectionen

16 Fälle, 10 bei Männern und 6 bei Weibern.

7 Verletzungen sind verzeichnet bei 7 Männern.

Contusionen des Beckens sind bei 2 Männern beobachet bei denen keine Fractur desselben nachzuweisen war. Beide verliefen unter hydropathischen Umschlägen und Ruhe günstig.

Eine Verwundung des Hinterbeckens kam zur Beobachtung bei einem Manne. Der Fall bietet kein Interesse.

Vier Fracturen des Beckens bei 4 Männern sind verzeichnet.

Ein Fall hat einiges Interesse.

Dossenberg, Peter, 25 Jahre alt aus Cöln, wurde am 15. August 1875 aufgenommen mit einer Fractura pelvis und Zerreissung der rechten Hand. 8. November entlassen.

Patient war zwischen zwei Puffern von Eisenbahnwagen gequetscht worden, während er die rechte Hand in der Tasche hatte.

15. August. Er hatte bei der Aufnahme heftige Schmerzen im Unterleibe und vomirte anhaltend.

Die rechte Hand war zerquetscht. Ueber der spina pelvis befand sich eine feine Stichöffnung, aus der sich viel Blut entleerte, die rechte fossa iliaca war aufgetrieben, und fühlte man in der Tiefe eine Geschwulst, welche sich bis zur Blase erstreckte, und deren Form in vergrössertem Massstabe wiedergab. Ich diagnosticirte daher eine Fractur des Beckens mit gleichzeitiger Ruptur eines Gefässes und subperitonealer Blutung in die Fossa iliaca und über den Blasenscheitel. Patient konnte nicht uriiren. Der Urin musste mit dem Catheter entleert werden. Die rechte spina mit einem grossen Stück der anschiessenden Schaufel des Beckens war beweglich.

16. August. Patient hat noch immer Erbrechen, indess nicht mehr so heftig. Die Schmerzen im Unterleibe sind geringer. Das Extravasat hat abgenommen.

Die Urinentleerung war eine spontane.

8. November geheilt entlassen.

Entzündliche Affectionen
sind 7 beobachtet worden, 2 bei Männern und 5 bei Weibern.

Zwei Patientinnen wurden auf die chirurgische Station aufgenommen mit einem colossalen Decubitus, die eine hatte den Typhus überstanden, sie wurde bedeutend gebessert entlassen, die andere war hemiplegisch, sie starb nach 3 Tagen.

Ein colossaler Abscess der Glutaealgegend wurde beobachtet bei einer Frau; derselbe entwickelte sich nach einer 9 Wochen vorher überstandenen Pneumonie.

Der Abscess war ein metastatischer in Folge von Pyaenie.

Hecher, Barbara, 31 Jahre alt aus Cöln, aufgenommen mit abcessus reg. glutaealis, am 12. November 1875; gestorben am 19. November 1875, (vide sub capitulo Pyaemie).

Zwei Mal kam necrosis pelvis zur Beobachtung, bei zwei Frauen.

Johanna Meyer, 34 Jahre alt aus Stockum, 9. Juli 1874 aufgenommen, 7. Februar 1875 entlassen.

Patientin verspürte vor 3 Jahren zuerst Schmerzen in der linken Sacralgegend, dabei begann sie zu hinken und ermüdete leicht.

Erst seit Beginn des Jahres 1874 bildete sich in der Gegend der linken symphysis sacroiliaca eine Anschwellung aus, die allmälich sich vergrösserte und endlich nach drei Monaten aufbrach. Bei der Aufnahme 12. December zeigte Patientin zwei Fisteln in der Gegend der linken symphysis sacroiliaca, aus welchen sich stinkender Eiter entleerte, und durch welche man mittelst der Sonde auf necrotischen Knochen gelangte.

Bei der vorgenommenen Sequestrotomie wurden aus der grossen Höhle massenhafte Splitter entfernt. Der Wundverlauf war ein günstiger. Patientin wurde nach zwei Monaten mit einer kleinen, sich schliessenden Fistel entlassen.

Lumbago kam zweimal bei 2 Männern zur Beobachtung. Die Behandlung bestand in subcutanen Morphium-Injectionen und Anwendung des constanten Stromes, worauf jedesmal bald Heilung eintrat.

Geschwülste 2, bei einem Manne und einem Weibe. Ein Lipom wurde beobachtet.

Dingarten, Heinrich, 22 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 3. Juni 1875 aufgenommen mit einem colossalen manneskopfgrossen Lipome in der regio glutaeal. sinistra, geheilt entlassen 28. November 1875.

Dieser Fall fand im allgemeinen Theil seine Erwähnung.

Tumor in pelve

ist ein Fall verzeichnet, bei einer Frau.

Hoffmann, Henriette, 27 Jahre alt, aus Ruhrort, wurde aufgenommen am 25. Juli 1875 mit einem Tumor des Beckens, und am 28. Juli ungeheilt entlassen.

Seit sechs Wochen beobachtete Patientin erst eine bedeutende Anschwellung des Unterleibes.

Stat. praes. Der Umfang des Unterleibes betrug in der Nabelgegend 67 cm.

Die Enfernung zwischen Nabel und	processus ensiformis	11 cm.
„ „ „	Symphyse	17
„ „ „	Spina ant. sup. dextr.	29
„ „ „	„ „ sin.	15,5

$2^1/_2$ Zoll unterhalb der lin. umbilicalis konnte man einen elastischen, festen Tumor nachweisen, welcher die ganze rechte Hälfte des Beckens ausfüllte; nach links überragte er die lin. alba um 4 cm. Nach hinten war er fest mit der Darmbeinschaufel verwachsen. Uterus 1 Zoll vergrössert, nach links und vorn gegen die symphysis ossium pubis verdrängt, indess beweglich, gesondert von dem Tumor.

Die Blase ist vom Uterus resp. vom Tumor zusammengequetscht, so dass der Catheter direct gegen den uterus stösst und bei seitlichen Bewegungen über die vordere Fläche des Uterus hinübergleitet.

Der Tumor lässt sich bei der Simon'schen Rectaluntersuchung etwas aus dem Becken schieben, indess nicht von der Linia arcuata abheben. Schwirren ist mit dem Stethoscop nicht zu hören, wohl aber bei festem Andrücken der Aortenpuls.

Diagnose: Tumor, wahrscheinlich ausgehend von der rechten Darmbeinschaufel und mit derselben fest verwachsen (vielleicht Sein arcom). Ungeheilt entlassen.

Krankheiten des rectum

31 Fälle, bei Männern 20, bei Weibern 11.

Entzündliche Affectionen

24 Fälle, bei Männern 17, bei Weibern 7.

Es sind zwei periproctitides beobachtet worden, bei 2 Frauen.

Rademacher, Josephine, 30 Jahre alt, Köchin aus Burtscheidt, am 23. Februar 1875 aufgenommen mit periproctitis. Spaltung in den Mastdarm hinein. Heilung. Am 9. April 1875 entlassen.

23. Februar. Patientin leidet seit 8 Tagen an heftigen Schmerzen im Mastdarm, besonders bei der Stuhlentleerung.

Seit einigen Tagen zeigte sich im Perinaeum eine allmälich sich vergrössernde Schwellung.

Die Anschwellung liegt zwischen rectum und Scheide und ist von beiden Seiten aus zu palpiren, indess ist selbige im rectum viel prominenter.

Behandlung: Incision im Perinaeum und Spaltung des zwei Zoll tiefen Abscesses nach dem rectum hin.

Die Nachbehandlung wurde von jetzt ab wie bei einer Mastdarmfistel geleitet; Einführung eines Charpietampons in den Mastdarm und Andrücken desselben in den entstandenen Spalt

9. April 1875 geheilt entlassen.

Toepler, Anna, 23 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen mit periproctitis. Incision und Spaltung nach dem Mastdarme hin. Heilung.

Dieser Fall gleicht dem obigen ganz und gar, nur dass bei der Incision in's Perinaeum sich mit Koth vermischter Eiter entleerte.

Fistula ani

kam bei 5 Männern zur Beobachtung und 4 Mal wurde die Operation mit Erfolg gemacht. Wenn Tuberculosis nicht weit vorgeschritten, und der Patient kräftig ist, so habe ich bisheran stets die Fisteloperation gemacht und keine Ursache gehabt, dies zu bereuen.

Buschmann, Gustav, 19 Jahre alt, aus Crefeld.

Fistula ani. Keine Tuberculosis pulmonum nachzuweisen. Spaltung in den Mastdarm hinein; die Heilung ging rasch von statten.

Goliath, Friedrich, 70 Jahre alt, aus Neukirchen.

4. März 1875. Patient ist früher schon 9 Mal an Fistula ani operirt worden, indess stets bildete sich wieder eine neue Fistel.

Patient ist im höchsten Grade tuberculös und wird daher ohne Operation am 7. Mai auf die innere Station verlegt.

Steinbüchel, Wilhelm, 54 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Benrath, leidet seit 3 Monaten an einer Fistula ani. Patient hat früher nie gehustet, erst seitdem die Fistel sich gebildet, hat er einen reichlichern Auswurf.

In den Lungen ist keine Infiltration nachzuweisen.

Behandlung: Spaltung der Fistel.

Am 22. Mai fast geheilt entlassen.

Privatpatient Herr X., 27 Jahre alt, aus Bonn, leidet viel an Husten, hat auch zuweilen blutige Sputa, ist indess gesund. Patient leidet seit Jahren an einer Fistula ani.

4. August 1875. Spaltung zweier gesonderter Gänge bis in den Mastdarm. Die Heilung verlief ganz gut, so dass Patient nach drei Wochen das Bett verlassen konnte; aber es entleert sich bis jetzt noch immer etwas Eiter aus dem Mastdarme, herrührend von einem von der Fistel in den Mastdarm hinein gehenden, oberflächlichen Granulationswalle. Es besteht keine Fistel mehr.

M aus Sintern wurde ebenfalls an einer seit Jahren bestehenden Fistula ani operirt und geheilt entlassen.

Strictura recti ist in zwei Fällen beobachtet worden, ein Mädchen Namens Stammel, welches wegen der vorgenommenen Operation der Perinaeoplastik bei den Krankheiten der weiblichen Geschlechtstheile noch zur Sprache kommt. In diesem Falle bestanden zwei Rectovaginal-Fisteln, zu deren Heilung die Perinaeoplastik gemacht wurde. Der Fall endete tödtlich in Folge von syphilitischer speckiger Entartung der innern Organe, insbesondere der Nieren.

Die Strictur war entstanden durch eine syphilitische Infection bei einer Immisio penis.

Die Strictur war vorher durch Einführung von Bougies bedeutend erweitert worden.

Löcher, Wilh. 30 Jahre alt, Tischler aus Deutz, hatte vor 3 Jahren die Dysenterie überstanden.

Seit jener Zeit hatte Patient einen stetigen Abfluss von Schleim und einen sehr unregelmässigen Stuhlgang. Die Strictur war sehr eng, kaum permeable für den Zeigefinger.

Behandlung. Einführung von Bougies.

Wegen Haemorrhoiden allein sind 5 Männer aufgenommen worden, von denen drei operirt wurden, und zwar wurden bei zweien die Haemorrhoidalknoten mit glücklichem Erfolge excidirt, und die entstandene Wunde mit Catgut vernäht; bei dem dritten trug ich die grossen, theilweise organisirten Knoten mit der Ligatur ab.

In den übrigen 2 Fällen bestand eine bedeutende Schwellung und Entzündung der Haemorrhoidalknoten. Die Behandlung bestand in Regelung der Defaecation und Anwendung von Eisumschlägen.

Prolapsus ani

kam 9 Mal zur Beobachtung, bei 6 Männern und 3 Weibern; 5 Mal bei Kindern, 2 Knaben und 3 Mädchen, und 4 Mal bei Männern.

Die Behandlung hestand in allen Fällen darin, dass täglich Injectionen gmacht wurden von einer Lösung von Zinc. sulf. 1 : 200, und alle 3 Tage der prolabirte Theil mit einer Argent. nitr.-Lösung 1 : 10 bepinselt wurde.

Auf diese Weise gelang es bei den Kindern stets den Prolapsus zur Heilung zu bringen.

4 Mal wurde Prolapsus bei älteren Individuen beobachtet. Bei diesen liess obige Behandlung im Stiche, und wurde daher in drei Fällen zum Gebrauche des Glüheisens geschritten; es wurden 2—3 Längsstreifen mit dem Glüheisen applicirt, und dasselbe so lange aufgedrückt, bis die Schleimhaut an der betroffenen Stelle einen trockenen braunen Streifen bildete.

Wenn die Anlegung des Längsstreifen im Stiche liess, so wurde ein circulärer Streifen nach einiger Zeit mit dem Glüheisen unmittelbar oberhalb des sphincter externus gezogen.

In einem Falle musste hierzu gegriffen werden.

Patient stellte sich im Juli 1876 nochmals vor mit einem Recidive. Ich habe daher Längsstreifen und einen Circulärstreifen mit Acid. nitric. fumans gezogen und innerlich Opium in grosser Dosis verabfolgt, so dass nur alle 8 Tage eine Defaecation eintritt. Der Effect dieser Behandlung ist viel radicaler.

Surth Peter, 73 Jahre alt, aus Cöln, 8. April 1875 aufgenommen, 23. April 1875 entlassen. Derselbe verweigerte nach der vergeblichen Behandlung mit Injectionen und Bepinselung die Operation, und wurde dieserhalb entlassen.

Doetsch, Gerhard, 22 Jahre alt, Wirth aus Cöln, 9. December 1874 aufgenommen mit Prolapsus ani. Es wurden Längsstreifen angelegt. Besserung, indess Patient litt an Phthisis, und wurde dieserhalb auf die innere Station verlegt.

Werthenbach, Ad., 40 Jahre alt aus Cöln, mit Prolapsus ani, am 2. Juli 1875 aufgenommen. In diesem Falle wurden drei Längsstreifen gezogen. Patient wurde am 26. October bedeutend gebessert, der Heilung nahe, entlassen.

Uebel, Peter, 32 Jahre alt, Schuster aus Ohldorf, mit Prolaps. ani, am 27. August 1875 aufgenommen; Ziehen von Längsstreifen, 17. September geheilt entlassen.

Mastdarmblutung

kam ein einziges Mal bei einer Frau zur Beobachtung, ohne dass Haemorrhoiden oder ein Polyp die Veranlassung dazu gab; es bestand nur ein heftiger Catarrh der rectal-Schleimhaut.

Toll, Anna, 34 Jahre alt, Fabrikarbeiterin aus Lennep, 13. October 1875 aufgenommen mit Mastdarmblutungen, litt seit 4 Monaten an diesen Blutungen und entleerte des Tages mehrmals bedeutende Quantitäten von Blut.

Bei einer genauen in der Chloroformnarkose mit dem grossen Simon'schen speculum vorgenommenen Untersuchung konnte im rectum Nichts entdeckt werden, nur dass die Schleimhaut desselben hochroth, stark geschwellt, aufgelockert und sammtartig weich war. Bei der leisesten Berührung rieselte allerwärts das Blut hervor.

Ich kann das Aussehen der Mastdarmschleimhaut mit nichts Aehnlicherem vergleichen, als mit einer Conjunctivitis blenorrhoica der Kinder, resp. mit papillärer Schwellung bei sehr

heftigem Catarrh oder bei Trachom, wo die papillären Excrescenzen dem Ganzen einen hochrothen sammtartigen Aspect geben.

Die Behandlung bestand anfänglich in einer alle drei Tage vorgenommen Bepinselung der Schleimhaut mit Arg. nitric. Lösung 1 : 30, und in der täglichen Verabfolgung von Clysmata einer Zincum sulfur.-Lösung 1 : 200. Diese besserte das Leiden nur langsam, es wurden daher täglich Kaltwasser-Einpumpungen gemacht, und ausserdem alle 3—4 Tage eine Spritze von beifolgender Ergotinlösung (extract. secal. cornut. aq. 2, 5 spirit. vini. rectif. — glycerini ana 7,5) unter die Schleimhaut injicirt.

Hierauf trat rasche Besserung ein.

Geschwülste

sind 7 beobachtet worden, bei 3 Männern und 4 Weibern.

Ein Fall von Sarcoma ad anum ist eingetragen.

Parscheid, Maria, 27 Jahre alt, aus Cüssern. Am 6. December aufgenommen, geheilt entlassen am 26. December 1875. Seit 6 Jahren leidet Patientin an Obstipation, seit 2 Jahren beobachtet sie einen Knoten von Wallnussgrösse ad anum. Die Geschwulst, welche in letzter Zeit rasch wuchs, wurde vor $1/2$ Jahre entfernt. Seit einem Monate bemerkte Patientin das Recidiv.

8. December 1875. Der Tumor ist von glatter Oberfläche etwa gänseeigross, liegt rechts vom anus, zwischen rectum und Sitzknorren in die Tiefe reichend. Die Mastdarmschleimhaut ist intact, indess zieht sie unmittelbar über den Tumor weg, die äussere Haut ist mit demselben verwachsen.

Der Tumor ist vom rectrum aus mit 2 Fingerspitzen eben zu umgreifen.

Patientin leidet an Obstipation.

Beh. Exstirpation. Der Tumor lässt sich leicht herausschälen.

Verband nach Thiersch.

Heilung ging gut und rasch von statten.

26. December. Patientin entlassen mit thalergrosser gut granulirender Wundfläche.

6 Carcinomata cecti

bei 3 Männern und 3 Weibern sind beobachtet worden, wovon drei nicht aufgenommen wurden, weil die Ausdehnung des Carcinoms eine gar zu grosse war, ausserdem augenblicklich keine Indication zur Auslöfflung vorlag; diese Indication ist für mich dann gegeben, wenn bei der Unmöglichkeit, das Carcinom mit dem Messer rein zu exstirpiren, entweder eine Obstruction des Mastdarmrohres statt hat, oder wenn stärkere Blutungen oder starker Schleimabfluss besteht. Es gelingt dann stets im ersten Falle durch Ausschabung das Darmrohr wieder gangbar zu machen, resp. im letzteren Falle eine bessere Granulationsfläche für kurze Zeit zu schaffen, den Blutungen Einhalt zu thun und die Secretion zu verringern. In einem nicht operirten Falle schlug ich wegen der vollständigen Obstruction der betreffenden Patientin, Hecht aus Cöln, die Anlegung eines künstlichen Afters vor, was Patientin verweigerte.

In den übrigen Fällen habe ich die Auslöffelung gemacht. Vide Anhang.

Frau Grün, Christine, 33 Jahre alt, aus Unkel, 20. November 1874 aufgenommen. Auslöffelung. Patientin überstand die Auslöffelung gut, erholte sich wieder, ging indess am 29. Januar 1875 zu Grunde in Folge eines Recidivs und Ausdehnung auf die Unterleibsorgane, Niere, Milz und Leber.

Schäfer, Elise, 29 Jahre alt, Carcinoma recti, 18. August 1875 Auslöffelung; 6. October entlassen bedeutend gebessert, sichtlich wohler und kräftiger. Stuhlgang ging noch leicht von statten.

Roscotten, Hermann, 77 Jahre alt aus Westfalen, 9. December 1875 aufgenommen, Auslöffelung; starb am 1. Jan. 1876 in Folge von Lungenödem.

Männliche Harn- und Geschlechts-Organe.

Zwei Contusiones testis sind verzeichnet, bei einem 40 Jahre alten Manne und einem 12 Jahre alten Knaben. Beide nach Eisumschlägen geheilt entlassen.

Drei Zerreissungen der Urethra sind vermerkt.

Apelt, Ernst, 19 Jahre alt, Fuhrmann aus Rülpenau in Niederschlesien, 17. August 1875 aufgenommen, am 29. August entlassen. Patient stürzte 8 Meter tief herunter, während ein 4 Ctr. schweres Fass auf seine linke Beckenhälfte fiel.

Patient konnte nicht mehr uriniren, es floss nur Blut ab; Sugillationes in regione perinaei. Mit Mühe gelang es, den Catheter einzuführen. Der Catheter bleibt drei Tage liegen, worauf sich Fieber einstellt, 40,5; daher Entfernung des Catheters.

22. August. Patient urinirt von selber.

29. August. Geheilt entlassen.

Bauer, Franz, 34 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 10. Mai 1875 aufgenommen, 18. Juni Tod.

Patient fiel eines Tages rittlings auf eine Bettkante.

Seit jener Zeit besteht heftiger Urindrang, doch kann Patient diesen nicht befriedigen. Im Perinaeum und Hodensack besteht eine starke Blutunterlaufung.

Der Versuch des Catheterismus misslingt, es wird daher gleich zur Boutonnière geschritten.

Die Urethra ist ganz abgerissen.

27. Mai. Der Verlauf war bis jetzt ein sehr günstiger, indess heute trat plötzlich Fieber ein, Schüttelfrost.

18. Juni. Exitus letalis in Folge von Pyaemie.

Die Section ergab: Abscesse in der Prostata, und pyaemische Metastasen im Schultergelenke und in der Leber.

Hermanns, Peter Jos., 52 Jahre alt, Maurer aus Endenich, 22. November aufgenommen mit Dilaceratio urethrae, 4. December 1875 Tod.

Derselbe fiel von einem Gerüste und zog sich dabei diese Verletzung zu.

Bei der Aufnahme hatte er starken Urindrang, Blase war gefüllt. Perinaeum, Scrotum und Penis blutig suffundirt.

24. November. Boutonnière. Die Urethra war vollständig abgerissen.

26. November. Frostanfall.

4. December, nach vielen Frostanfällen Tod durch Pyaemie.

Entzündliche Affectionen

sind 87 beobachtet worden. Darunter befinden sich 11 Stricturen

und zwar 2 in Folge eines Trauma und 9 in Folge von Gonorrhoe. Die Behandlung bestand in allmälicher Dilatation mittelst täglichem Bougiren.

Drei Mal wurde die im hiesigen Hospitale seit Jahren ausgeübte urethrotomia interna nach Maisoneuve gemacht. Ich bin selber von früher her ein grosser Anhänger der urethrotomia externa, der sogenannten Boutonuière, weil ich bis dahin nach derselben niemals einen schlechten Ausgang in Bezug auf das Leben beobachtet habe, und weil ich die Operation doch zum mindesten für eine radicalere halte, als die urethrotomia interna, wiewohl ja nicht zu leugnen ist, dass auch nach der Boutonnière Rückfälle eintreten.

Die hiesigen Hospitalverhältnisse sind indess, wie ich schon im allgemeinen Theile erwähnte, da, wo die antiseptische Behandlungsmethode wegen der örtlichen Beschaffenheit des afficirten Theiles nicht in Anwendung zu ziehen ist, so ungünstig, dass ich bei meiner jetzigen Erfahrung in der Hospitalpraxis die urethrotomia externa nur auf die allerungünstigsten Fälle beschränken würde, nur auf Verletzungen, resp. Zerreissungen der Urethra, bei denen der Catheterismus unmöglich ist und schon Urininfiltration besteht. In allen übrigen Fällen würde ich nach vergeblichen Versuchen, mit dem Bougie die Verengerung zu erweitern, was jedoch bei der nöthigen Ausdauer höchst selten fehlschlägt, und bei drohenden Retentionen die urethrotomia interna machen, welche in Bezug auf die augenblickliche Entfernung der Gefahr höchst wirksam ist, ohne indess das Leben zu gefährden, wie es die urethrotomia externa wenigstens im hiesigen Hospitale thut.

Es sind im Ganzen 7 Urethrotemiae externae gemacht worden und von diesen 7 starben 3 an Pyaemie, der vierte machte eine regelrechte Pyaemie durch und genass nach viermonatlichem Bestehen derselben.

Von 7 Urethrotomien wurden drei wegen Urininfiltration post trauma recens gemacht, und sind schon dort erwähnt.

Die 4 andern wurden wegen Verengerung post gonorhoeam gemacht.

Die einzelnen wegen Stricturen ausgeführten Boutonnièren sind folgende:

W, Christian, 48 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 12. Juli 1875 aufgenommen mit Strictura urethrae, 5. October 1875 geheilt entlassen.

Patient hatte vor 25 Jahren einen Tripper und leidet seit Jahren an einem Blasenübel.

Der Strahl war sehr dünn, giesskannenartig, der Urin ging oft unwillkürlich ab, stets erfolgte Nachträufeln. Seit 6 Wochen hat Patient eine Anschwellung in der Dammgegend.

14. Juli. Der bestehenden Urininfiltration halber wird die Boutonnière gemacht. Verlauf sehr günstig.

8. October geheilt entlassen; der Strahl ist dick.

Dohm, Joh. David, 36 Jahre alt, Anstreicher, aufgenommen mit Strict. urethrae und Harnabscess am 15. Mai 1875, geheilt entlassen am 3. Juli mit Catheter.

Patient hatte vor 3/4 Jahren einen Tripper, den er gar nicht behandelte. Seit dieser Zeit litt er ab und zu an Urinbeschwerden, hatte oft Drang zum uriniren, der Strahl war etwas dünn; bald darauf stellten sich heftige Schmerzen im Damme ein mit einer Anschwellung an betreffender Stelle.

17. Mai. Urethrotomia ext. Catheter blieb liegen, am 3. Tage stellten sich Kopfschmerzen und Frost ein. Catheter wurde einstweilen daher entfernt, und von jetzt ab wegen Reizbarkeit der Blase nicht mehr eingeführt.

2. Juni. Täglicher Catheterismus. Verlauf sehr günstig.

3. Juli geheilt mit Catheter entlassen.

Neu, Michel, 37 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, aufgenommen am 15. Juli 1875, machte eine regelrechte Pyaemie durch, und wurde am 22. März 1876 geheilt entlassen.

Patient hatte vor 13 Jahren eine Gonorrhoe, welche mit Einspritzungen behandelt wurde. Seit jener Zeit hatten sich ab und zu Urinbeschwerden eingestellt und der Strahl wurde immer dünner, so dass zuletzt der Urin beständig abträufelte.

1867 wurde die innere Urethrotomie vorgenommen, indess Patient versäumte es nachträglich, sich zu catheterisiren, und es bildete sich nach einiger Zeit wieder eine Strictur. Vor zwei Jahren wurde desshalb die Urethrotomia interna zum zweiten Male ausgeführt, doch seit einem Jahre haben sich die Urinbeschwerden abermals eingestellt.

15. Juli 1875. Es gelang nie selbst mit dem feinsten Bougie durch die Strictur hindurch zu kommen, daher machte ich am 19. Juli die Urethrotomia externa.

Die Operation bot einige Schwierigkeit. Ein Catheter wurde bis zur Strictur eingeführt und auf dessen Schnabel zuerst bis in die Urethra vor der Strictur vorgedrungen. Darauf führte ich beiderseits durch den Schnittrand der Urethra einen Faden und liess diese von einem Assistenten nach beiden Seiten anspannen. Das Durchführen eines Fadens ist dem Einlegen von Hacken ganz entschieden vorzuziehen, indem die Urethra weniger durch jenen als durch diese gereizt wird; ausserdem wird das ohnehin so kleine Operationsfeld viel weniger occupirt, und gelingt es mir wenigstens viel leichter durch ein stetiges Anspannen der Fäden in das centrale Ende der stenosirten Urethra vor der Strictur einzudringen.

Nach der vollendeten Operation wurde ein elastischer Catheter eingeführt, welcher liegen blieb.

Abends hatte Patient zwei Schüttelfröste, welche ich auf den Reiz der Blase von Seiten des Catheters schob, und entfernte daher denselben. Temp. 40,2.

20. Juli. Die Wunde ist schmutzig belegt.

Die Fröste wiederholen sich unter gleichzeitig hohem Fieber bis Ende des andern Monats sehr oft, worauf sie allmälich seltner werden, und Patient endlich am 22. März 1876 geheilt entlassen wurde.

Die Urethra ist für einen ziemlich dicken Catheter gangbar.

Peter Müller, 64 Jahre alt, Lohndiener aus Cöln, am 28. April 1875 aufgenommen mit Strictura urethrae, am 13. Juni 1875 Tod.

Patient hatte in seiner Jugend mehrmals einen Tripper. Behandlung mittelst Höllensteininjectionen.

Seit 4 Jahren bestehen Urinbeschwerden, Urinstrahl ist sehr dünn. Patient muss sehr häufig uriniren, Nachts 3—4 Mal, ausserdem hat er oft Harnträufeln.

Beim Versuche des Catheterismus stellt sich gleich ein Schüttelfrost ein.

6. November. Harn reagirt neutral, enthält sehr viel albumin. Boutonnière. Nachmittags erfolgte eine Nachblutung,

wesshalb Charpie mit Eisenchloridlösung getränkt angedrückt wurde.

15. Juni 1875 Tod an Pyaemie. Eiteriger Erguss in's Ellenbogengelenk.

Die übrigen Fälle wurden mit Bougieren behandelt, und mit Ausnahme eines einzigen, welcher bald entlassen zu werden wünschte, alle gebessert entlassen mit der Weisung, das Catherisiren zu Hause noch weiter fortzusetzen.

Ein Fall verdient noch Erwähnung, welcher mit Harnabscess und Pyaemie aufgenommen wurde.

Bündgen, Friedrich, 52 Jahre alt, Tagelöhner aus Ehrenbreitstein, 11. October 1875 aufgenommen mit Harnabscess, 26. October 1875 Tod.

Patient hatte vor 20 Jahren einen Tripper.

Die Behandlung bestand anfangs in Injectionen; nachher catheterisirte sich Patient wegen zurückgebliebener Strictur von Zeit zu Zeit selber.

Vor 14 Tagen bemerkte derselbe plötzlich eine Anschwellung im Damme.

Bei der Aufnahme am 11. October bestand eine Infiltration des Dammes und Oedem des Scrotum. Die Urinentleerung ging gut von statten. Hohe Temperatur.

13. October. Behandlung: Incision, Catheterisiren und Liegenlassen des Catheters.

14. October Schüttelfröste und Temp. 40,3.

22. October. Patient klagt über Schmerzen in allen Gelenken.

26. October. Tod durch Pyaemie. Um Blase und Prostata befanden sich verschiedene Abscesse.

Harnabscess.

Ein Harnabscess ohne Strictur als Folge eines stürmisch verlaufenden Trippers ist ein Mal beobachtet worden.

Herr M. aus Horchheim, 33 Jahre alt, ward am 25. August 1875 aufgenommen mit einem Abscesse im Damme, entlassen am 6. September 1875.

Patient hatte einen acuten Tripper und bemerkte, dass er nicht gut uriniren konnte; er urinirte selten, während er den hef-

tigsten Drang zum uriniren hatte. Darauf entwickelte sich im Damme eine leichte schmerzhafte Anschwellung.

25. August 1875. Heftiger Urindrang. Retentio urinae. Die Anschwellung am Damme wird grösser und schmerzhafter.

Behandlung. Cataplasmen über Damm- und Blasengegend.

27. August. Incision des Abscesses. Eine Strictur besteht nicht.

6. September. Geheilt entlassen.

Prostatahypertrophie.

Prostatahypertrophie mit consecutiver retentio urinae kam vier Mal zur Beobachtung. Die Fälle betrafen stets alte Leute. Die Behandlung bestand in regelmässigem Catheterisiren, Verabfolgung von warmen Bädern und der innerlichen Darreichung von Vichywasser und Leinsamenthee.

Einer dieser Fälle verdient wegen seines tödtlichen Ausganges Erwähnung.

Sobel, Jos. 67 Jahre alt, Schneider aus Cöln, wurde am 16. September aufgenommen mit hypertrophia prostatae und catarrhus vesicae. Es traten dazu erschöpfende Diarrhoeen, und Patient ging marastisch zu Grunde.

Phimosis kam 34 Mal zur Beobachtung und wurde ebenso oft die Circumcisio gemacht; ein Mal mit unglücklichem Ausgange in Folge einer Diarrhoe bei einem kleinen Kinde.

18 Mal wurde die Circumcisio gemacht bei gleichzeitig bestehenden Ulcera moll. resp. dur. In diesen Fällen wurde stets nach der Operation die Wundfläche mit dem Chlorzinkstifte geätzt, um eine Infection derselben zu verhindern, was auch in allen Fällen erreicht wurde. Es war im Hospital eine goldene Regel, dass man $1\frac{1}{2}$—2''' vor der durch die Vorhaut sich markirenden Corona glandis einen Strich machte, darauf hinter diesem Strich zwischen den Branchen einer langen Kornzange die Vorhaut einklemmte, und, während die Eichel von der Kornzange nach hinten gedrängt wurde, grade vor der Kornzange in dem bezeichneten Striche die Vorhaut amputirte. Ich habe diese Regel, wenn sie auch anfänglich etwas kleinlich erscheint, gerne acceptirt, weil

man dadurch nie zu viel und nie zu wenig von der Vorhaut fortnimmt. Die Corona wird nach der Operation eben von dem Ende der neuen Vorhaut erreicht.

4 Mal wurde die Circumciscio bei Kindern gemacht wegen gleichzeitig bestehender incontinentia urinae, und jedesmal hatte diese Operation den Erfolg, dass die Kinder nicht mehr das Bett beschmutzten. Ein Kind starb in Folge von Diarrhoea infantum.

Bei einem Herrn S., Pensionair, welcher an einem ulcus mixtum litt, wurde die Circumcisio gemacht. Es trat nachher in der Wunde Diphtheritis ein, und das Corpus cavernosum wurde in der Grösse eines Fünfgroschenstückes bloss gelegt. Die Heilung ging trotzdem sehr günstig von statten, es bestand nachher nur eine leichte Deviation des Penis nach der betreffenden Seite, welche sich allerdings bei Erectio penis etwas vergrösserte.

Paraphimosis

kam 5 Mal zur Beobachtung; jedes Mal wurde die Eichel durch einfachen Druck reponirt, drei Mal wurde die Circumcisio noch nachgeschickt.

Orchitis

kam 8 Mal zur Beobachtung. Die Behandlung bestand anfangs in Cataplasmen, bis die acuten Symptome verschwunden waren, nachher wurde zuweilen der Frike'sche Verband angelegt, indess meist reichte man mit Cataplasmen und Ruhe aus.

Ein Mal war mit der Orchitis eine acute Hydrocele verbunden, die punktirt wurde. Durch das Ablassen des Wassers wurde der Verlauf der Orchitis abgekürzt und die Schmerzhaftigkeit verschwand augenblicklich.

Hydrocele.

18 Fälle von hydrocele testis, 4 Fälle von hydrocele des Samenstranges und ein Fall von hydrocele divertic. Nuckii waren auf der Station. Letzterer Fall fand schon seine Besprechung bei den incarcerirten Hernien. Ich führe ihn hier an, wiewohl er eine Frau betrifft und eigentlich in das Gebiet der Krankheiten der weiblichen Genitalien gehört.

Die Behandlung richtete sich nach dem Alter des Patienten. Im hohen Alter wurde einfach die Punktion der Hydrocele gemacht. Bei kleinen Kindern habe ich bisheran stets einen Faden durchgelegt, welcher 12—24 Stunden liegen blieb. Trotz der kurzen Zeit, welche der Faden liegen blieb, habe ich doch zwei Mal beobachtet, dass eine speckige Infiltration des betreffenden Hodensackes sich ausbildete, welche mit starkem Fieber einherging. Ich incidirte die Infiltration, worauf etwas Serum austrat, und die Temperatur rasch fiel.

Es sind 4 Fadendurchziehungen gemacht worden; 10 Mal Punction mit nachfolgender Jodinjection und 18 Mal einfache Punction. Meist reicht man bei Kindern mit einer einfachen Punction aus. Bei Erwachsenen habe ich stets einige Drachmen Lygol'scher Lösung nach der Entleerung des Inhaltes der Hydrocele eingespritzt, und bisheran stets Heilung erzielt.

Geschwülste.

Geschwülste sind 4 beobachtet worden.

Es sind zwei sarcoma tatestis verzeichnet; beide Male wurde die Castration gemacht.

Herr N., 37 Jahre alt aus Cöln, aufgenommen am 23. April 1875, castratio wegen sarcoma testis.

Nach 5 Wochen geheilt entlassen.

Patient hat sich im Sommer des Jahres 1874 den rechten Hoden gequetscht.

Der rechte Hoden ist hühnereidick, hat eine unregelmässige Oberfläche und ist an einzelnen Stellen weich.

Castration. Unterbindung der einzelnen Gefässe.

Verband nach Lister.

Heilung in 5 Wochen.

Der zweite Fall verlief anfänglich ebenso günstig, indess 10 Monate nach der Operation starb Patient an Pyaemie. Der Fall fand früher schon seine Besprechung, indess kann dieser unglückliche Ausgang nicht der Lister'schen Verbandmethode zur Last gelegt werden, da der Verband 4 Monate unterbrochen, und Patient während dieser Zeit 3 Monate sehr wohl gewesen und auch umhergegangen war.

Schelbel, Heinrich, 29 Jahre alt, Schreiner aus Cöln, mit sarcoma testis am 18. Januar 1875 aufgenommen, 15. November 1875 gestorben. Patient hatte seit 3 Wochen eine Anschwellung des linken Hodens und Nebenhodens. Dieselbe wurde anfänglich für eine Orchitis gehalten, und dieserhalb ein Heftpflasterverband angelegt. Hierauf wächst die Geschwulst sehr rasch und exulcerirt.

29. Januar wird die Castration gemacht. Die Neubildung, das Sarcom, nahm den Hoden und hauptsächlich den Nebenhoden ein.
Unterbindung der einzelnen Gefässe. Verband nach Lister. Die Heilung ging sehr rasch von statten.

9. Mai war die Wunde bis auf eine kleine Fistel verheilt. Patient ist schon lange Zeit ausserhalb des Bettes.

18. September stellen sich plötzlich Schmerzen und Anschwellung des rechten Hodens und namentlich des Nebenhodens ein.

1. October Incision. Entleerung von Eiter aus einer fluctuirenden Stelle des Nebenhodens. Ausserdem bestand noch eine Hydrocele des Hodens, welche punctirt wurde.

5. October. Patient kann nicht uriniren, hat Schmerz im Damme.

14. October. Frostanfall.

15. November. Tod durch Pyaemie. Die Section ergab: eiterige Entzündung um den Blasengrund und die Prostata herum.

Epithelialcarcinome.

Zwei Epithelialcarcinome des Penis sind verzeichnet.

Wehn, Joseph 78 Jahre alt, Goldarbeiter aus Cöln, 28. Mai 1875 aufgenommen mit carcinoma penis.

23. November geheilt entlassen.

Vor drei Viertel Jahr bemerkte Patient das erste Knötchen am Penis. Der untere Theil der glans ist afficirt; es wird daher aus der glans ein Keil mit seiner Spitze nach oben gerichtet, herausgeschnitten. Die Urethra wird nach allen Seiten hin umsäumt.

Die Heilung ging rasch und gut von statten. Es besteht keine Strictur; zur Zeit auch noch kein Recidiv.

23. November auf die Invalidenstation verlegt.

Wolf, Heinrich, 46 Jahre alt, Schlosser aus Nippes. 6. October 1875 von der syphilitischen auf die chirurgische Station aufgenommen. Patient bemerkte zuerst vor 1½ Jahr 4—5 Knötchen an der rechten Seite des Penis, welche bald exulcerirten.

Diese wuchsen rasch und confluirten, so dass allmälich die ganze Eichel angefressen war. Da die Harnröhre mit betheiligt war, entleerte sich der Urin seitlich durch das Geschwür.

Am 6. October wurde Patient der chirurgischen Station überwiesen, und ergab sich folgendes Bild.

Die ganze Eichel ist von einem tiefen Ulcus eingenommen. Der Boden des Geschwüres ist zerklüftet, uneben, — stellenweise mit zapfenförmigen Knoten bedeckt, der Rand desselben ist infiltrirt, hart. In die tiefste Cloake des Geschwüres mündet die seitlich angefressene Urethra. Auf Druck entleerte man aus dem Geschwürsgrunde Comedonen ähnliche Zapfen.

Behandlung. Amputatio penis mit Umsäumung der Urethra.

30. October geheilt entlassen.

Weibliche Harnorgane.

6 Fälle.

Fissura urethrae

kam ein einziges Mal zur Beobachtung und zwar in der Ambulanz. Patientin litt schon seit einer Reihe von Jahren an fortwährendem Urindrange. Das Uriniren war mit sehr grosser Schmerzhaftigkeit verbunden. Vor Jahren war Patientin dieserhalb schon anderwärts behandelt, und eine Caruncula urethrae als Ursache des Leidens erkannt, und daher entfernt worden.

Die Beschwerden seitens der Blase bestanden trotzdem fort und vermuthete ich irgend einen Fremdkörper in derselben, eine Neubildung oder aber eine Fissura urethrae. Ich hielt den Fall daher für besonders geeignet, ihn nach der Simon'schen Methode zu untersuchen.

Die Untersuchung ging sehr gut von statten und ist die Bereicherung der Untersuchungsmethoden nicht hoch genug anzuschlagen.

Man kann mit dem Finger die ganze Blase durchwandern, die Einmündungsstellen der Uretheren palpiren und sondiren und mittelst des künstlichen Lichtes die innere Blasenfläche genau inspiciren. Ich konnte in der Blase nichts entdecken, und da nachträglich, nachdem einige Tage, wie mir der behandelnde Arzt, Herr Dr. Vallender aus Brauweiler, die Güte hatte zu berichten, incontinentia urinae bestanden hatte, alle Symptome seitens der Blase geschwunden sind, so muss per exclusionem eine Fissura urethrae hier als Krankheitsursache supponirt werden.

Nach der gewaltsamen Dilatation der Urethra konnte eine solche trotz unseres Suchens wegen der Blutung nicht entdeckt werden.

Caruncula urethrae.

Drei Fälle von Caruncula urethrae sind verzeichnet.

Esser, Cath., 76 Jahre alt, aus Cöln, 15. December 1874 aufgenommen mit caruncula urethrae. Abtragung. Geheilt entlassen am 11. Juli 1875.

Patientin hatte seit einem Jahre beim Uriniren sehr heftige Schmerzen, dabei dauernd Harndrang und entleerte zuweilen mit dem Urin unter den heftigsten Schmerzen Blut.

Als Ursache der Beschwerden ergab sich ein von der obern Wand der Urethra ausgehendes, himbeerartiges, etwa kleinfingerdickes, hochrothes, leicht blutendes Gewächs.

17. December. Abtragung der Caruncula mittelst der Scheere. Die Heilung ging rasch von statten, alle Beschwerden seitens der Blase waren geschwunden.

In den übrigen zwei Fällen von Caruncula urethrae fand dieselbe Behandlung mit dem nämlichen Erfolge statt.

Carcinoma adorifircum externum urethrae.

Ein Fall von Carcinoma ad orificium externum urethrae wurde bei Frau Grüne, geb. Kirsch, 30 Jahre alt, aus Cöln, beobachtet. 24. September 1875 aufgenommen, 28. October gestorben in Folge von Hydronephrosis.

Patientin hatte seit dem Sommer des Jahres 1874 Schmerzen beim uriniren. Etwa 5 Monate nachher bemerkte sie zuerst das Hervortreten eines Gewächses aus der Urethral-Mündung. Patientin soll mehrere Mal operirt worden sein.

Bei der Aufnahme fand sich ein haselnussgrosser, exulcerirter Tumor um das Ostium der Urethra. Die Geschwürsfläche dehnte sich weit in die Urethra hinein und ebenfalls auf die Scheidenwand aus. Der Boden des Geschwüres war zerklüftet, buchtig, die Umgebung des Tumors war hart, infiltrirt. Auf Druck liessen sich keine Epithelialzapfen aus der Geschwürsfläche herausdrücken. In der Leiste befand sich eine in Eiter übergegegangene Drüse. Die Diagnosis war nicht bestimmt zu stellen, da letzteres wichtige Differentialsymptom fehlte. Ich glaubte mich daher berechtigt, trotzdem dass durch die Anamnese kein Anhaltspunkt für eine syphilitische Infection zu gewinnen war, eine Schmierkur machen zu dürfen. Die antisyphilitische Behandlung blieb erfolglos. Ich machte daher am 22. October die Auslöfflung des Tumoris. Bei der Auslöfflung ergab sich, dass derselbe bis in die Blase drang.

28. October. Tod durch Nierenatrophie und beiderseitige Hydronephrose. Beide Ureteren hatten die Dicke eines kleinen Fingers.

Rechte Niere war ganz cystisch entartet und von Nierensubstanz war wenig mehr nachzuweisen, linke Niere enthielt kaum noch etwas Corticalsubstanz. Ausserdem bestand tuberculosis pulmonum.

Blasenblutung.

Ein Fall von Blasenblutung ist verzeichnet.

Scheer, Therese, 57 Jahre alt, aus Cöln, am 21. August aufgenommen mit Blasenblutung, 7. September 1875 entlassen. Vor 7 Jahren hatte Patientin schon einmal Schmerz beim uriniren, indess ohne Blutung.

20. August traten plötzlich nach dem uriniren heftige Schmerzen und Blutabgang aus der Blase ein. Die Blutung war

sehr heftig und dauerte 36 Stunden, nebenbei bestand ein dauernder Harndrang und Schmerz beim uriniren. Der Urin war hellroth, so dass die Blutung aus der Blase kommen musste.

24. August. Seit gestern keine Blutung mehr. Zur Constatirung der Ursache der Blutung untersuchte ich die Blase mittelst des Simon'schen speculum. Die Schleimhaut derselben war hochroth gewulstet. Auch in diesem Falle gelang das Sondiren der Ureterenöffnung sehr leicht.

Es stellte sich Abends ein heftiger Schüttelfrost ein.

Temperatur 39,0. Behandlung: Leinsamenthee innerlich.

7. September. Die Blutung hat sich nicht mehr eingestellt.

Weibliche Genitalien.

Von Verletzungen der Genitalien sind 7 Fälle verzeichnet und zwar zwei Haematome in der rechten Schamlippe, und fünf frische Dammrisse post partum.

Schaefer, Elisabeth, 25 Jahre alt, Magd aus Ehrenfeld, fiel rittlings auf eine Kiste am 15. März 1875. Die rechte Schamlippe ist sehr dick aufgetrieben und hat eine kleine Verletzung, aus welcher sie sehr stark blutet. Die Blutung stand auf Eisumschläge.

Frl. X., 18 Jahre alt, aus Cöln, setzte sich heftig auf den Knopf des Deckels der Latrine. Auch in diesem Falle trat aus der verletzten rechten Schamlippe eine profuse Blutung ein, welche sich nicht stillen liess, bis die ganze Schamlippe gespalten, alle Blutgerinsel aus der künstlich gebildeten eigrossen Höhle entfernt, und das blutende Gefäss unterbunden war.

Die Heilung ging gut und rasch von statten.

Die frischen Dammrisse werde ich an anderer Stelle detaillirter besprechen.

Entzündliche Affectionen 106.

Fluor albus

kam ohne nachweisbare Ursache, ohne Infection, und ohne dass Ulcera ad orificium uteri bestanden, 8 Mal zur Beobachtung. Die Behandlung beschränkte sich auf Injectionen mit lauwarmem

Wasser, mit Alaun und Touchiren der Vagina mit Solut. argent. nitric. 1 : 30, alle 4—6 Tage, worauf sich der Fluor meist bald verlor.

Pruritus vulrae ohne nachweisbare Ursache kam 1 Mal zur Beobachtung. Zweistündliches Einreiben von folgender Lösung hob das Leiden innerhalb 4 Wochen.

Jodi 0,5. Kal. jodat. 1,0. Aq. dest. 175,0. spirit. vini rectif. 25,0.

Condylomata acuminata permagna ad labia et ad anum.

sind ein Mal beoachtet worden.

Syre, Elise, 22 Jahre alt, Magd aus Bendorf, 12. August 1875 von der syphilitischen auf die chirurgische Station verlegt, 16. November 1875 entlassen.

Die grossen und kleinen Schamlippen sowie das Perinaeum und die Umgegend des Anus sind von orangegrossen, blumenkohlartigen Gewächsen eingenommen.

Die Gewächse wurden in mehreren Sitzungen zum Theil mit dem Messer, zum grössten Theile indess mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Die Abtragung mittelst der Schlinge ging allerdings sehr elegant und blutlos von statten; indess ist es nicht zu leugnen, dass dort, wo die galvanokaustische Batterie nicht häufig gebraucht wird, sie oft den Dienst versagt und demjenigen, welcher mit seiner Zeit geizen muss, etwas zu langsam arbeitet. Doch muss anerkannt werden, dass die Narbe nach letztgenannter Operationsmethode eine viel schönere wird. Ich würde daher stets in solchen Fällen die galvanokaustische Schlinge der Scheere vorziehen.

16. September geheilt auf die syphilitische Station zurückverlegt.

Diphtheritis der Genitalien

kam 1 Mal zur Beobachtung.

Schuster, Helene, 2 Jahre alt, aus Cöln, leidet an Diphtheritis apparatus urogenitalis, am 1. August 1875 aufgenommen, am 8. September entlassen.

Die Vulva die grossen und kleinen Schamlippen sind entzündlich angeschwollen und mit einem dicken weissen nichtablösbaren Belage bedeckt. Die Affection besserte sich nicht, sondern schritt immer weiter nach dem Aufstäuben von lac sulfur, bis nachher die Fläche mit Salicylsäure bepinselt wurde nach folgender Vorschrift: Acid. salicyl. 3,0 — Natr. biborac. 1,5 — Aq. dest. 100,0 — 2 Mal täglich die afficirten Stellen zu bepinseln.

8. September geheilt entlassen.

Eiterige Entzündung der glandulae Bartholin. kam 4 Mal zur Beobachtung. In allen Fällen habe ich die grosse Schamlippe in der ganzen Ausdehnung der Infiltration gespalten, und dann die Höhle ausgelöffelt; auf solche Weise kürzt man den Process sehr ab.

Ulcus lueticum.

Ein ulcus lueticum verdient hier besonderer Erwähnung. Dasselbe trotzte einer jeden antisyphilitischen Behandlung. wiewohl die syphilitische Natur desselben ausser Zweifel war. Die Inunctionskur sowie die nachherige Schwitzkur verkleinerten allerdings das Geschwür, indess nie bedeutend. Dasselbe zeigte nach der anderen Seite hin auch keine Neigung zur Vergrösserung.

W . . ., Maria, 23 Jahre alt, Prostituirte aus Cöln, 3. Juli 1874 aufgenommen, wurde bis zum 12. März 1875 mit allen antisyphilitischen Mitteln von mir ohne Erfolg behandelt, und dann zum Zwecke einer operativen Behandlungsweise auf die chirurgische Station verlegt. Die Gegend der hintern Commissur war von einem charakteristischen Geschwüre eingenommen.

Ich excidirte das ganze Geschwür in ziemlicher Ausdehnung (zur jetzigen Zeit würde ich es einfach auslöffeln), und pflanzte von der hintern Scheidenwand einen Lappen herüber, wie es Langenbeck bei seiner Perinaeoplastik macht.

Der Effect der Operation war kein guter. Der Lappen zog sich wieder nach oben und das Geschwür bestand in seiner alten Grösse.

23. Juni excidirte ich das Geschwür nochmals, gab dem Ganzen die Form eines doppelten Dreiecks, wie man bei einem

einfachen Dammrisse bildet, und vernähte die beiden Flächen mit einander mit tiefen Scheiden- und oberflächlichen Dammnäthen.

Der Verlauf war insoweit günstig, als das Ganze in der grössten Ausdehnung verheilte, nur die Scheidenspitze des Dreiecks zerfiel in kleiner Ausdehnung ulcerös, und es musste dieserhalb nochmals eine Inunctionskur durchgemacht werden.

17. September verliess Patientin, fast geheilt, heimlich das Hospital.

Ruptura perinaei

bis in den After kam 4 Mal zur Beobachtung, bis an den After 1 Mal, 3 Fälle waren frisch, 2 alt; dazu nehme ich noch 2 aus diesem Jahre, so sind im Ganzen 7 Perinaeoplastiken gemacht worden.

Alle 7 Fälle wurden nach Simon operirt und mit Ausnahme des zuerst operirten alle ohne Ausnahme geheilt. Ich hatte im ersten Falle den Afterschnitt nicht gemacht. Ich verweise denjenigen, welcher sich für die Operationsmethode specieller interessirt, auf die betreffende Arbeit meines Freundes des Herrn Dr. Hirschberg, früherer Assistenzarzt der Heidelberger chirurgischen Klinik. Vide Langenbeck's, Archiv.

Ich hatte in dem ersten Falle,

1. Frau X. aus Cöln, Primipara, mit completer Ruptura perinaei welcher unglücklich verlief, und nachher von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Simon, wie stets, mit Erfolg operirt wurde, den Anusschnitt nicht gemacht, und diesem Umstande schreibe ich den schlechten Ausgang zu.

Auch in diesem Falle hatte ich wie sonst regelmässig Ricinusöl täglich verabfolgt, indess trat, trotzdem Patientin dasselbe in grosser Dosis genommen hatte, erst am 4. Tage, während der Damm noch schön verklebt war, ein ordentlicher Stuhlgang ein, und zwar in Knoten; und der frisch vereinigte Damm wurde auseinander gedrängt.

2. Bei einem zweiten Falle in der Privatpraxis, Frau Y. aus Cöln, welche am 10. Tage nach der Entbindung mit Anfrischung der ganzen Wundfläche operirt wurde, bin ich fest überzeugt,

würde es mir ebenso ergangen sein, wenn ich nicht den Anusschnitt gemacht hätte. Der Riss drang hier tief in den Mastdarm hinein. Auch hier trat erst am 4. oder 5. Tage, trotzdem dass Patientin täglich etwas Stuhlgang gehabt hatte, eine ordentliche und zwar knotige Entleerung ein. Da ich hierbei den Anusschnitt nach hinten gehörig offen gehalten, so entleerte sich der ziemlich knotige Stuhl leicht, nur bildete sich bei dieser Gelegenheit eine kleine recto-vaginal-Fistel, welche nachher von selbst zuheilte.

3. Frau X., Primipara, 20 Jahre alt aus Cöln, 8. Septbr. 1875 aufgenommen, 15. October geheilt entlassen.

Patientin hatte vor 4 Wochen geboren. Der Riss ging bis in's Rectum hinein.

10. September. Operation mit Mastdarmschnitt. Patientin erhielt täglich einen Löffel Ricinusöl.

15. October geheilt entlassen.

4. Dahlbender, Cath., 22 Jahre alt aus Cöln, Primipara ruptura perinaei completa, 13. September 1875 operirt, 27. October geheilt entlassen.

5 u. 6. Die zwei übrigen completen Rupturae perinaei, von denen die eine schon sehr lange bestand, führe ich hier nicht an; nur so viel will ich noch erwähnen, dass die eine eine alte, die andere eine frische Ruptur war; beide verliefen günstig in Bezug auf Heilung der Ruptura. Eine Patientin erlag einer acuten Miliartuberculosis nach erlangter Heilung des Dammrisses.

7. Ein Mal kam eine incomplete Ruptura perinaei vor, welche mit Scheiden- und oberflächlichen Perinaealnäthen nach der Anfrischung vernäht wurde.

Das erste Mal wurde die Operation 36 Stunden nach der Niederkunft gemacht.

Wangemann, Friederike, 23 Jahre alt, Magd aus Pathra, Ruptur. perin. incompl. usque ad anum, 22. Mai 1875 aufgenommen, 6. September 1875 geheilt entlassen.

Die Ruptur reichte bis in die unmittelbare Nähe des Anus.

Bei der ersten Operation, welche 36—48 Stunden post partum nach Anfrischung der sehr schmutzig belegten Wundfläche gemacht wurde, wurde mit Catgut genäht.

Der Riss platzte in der ganzen Ausdehnung wieder auf, so dass ich am 28. August die Operation wiederholen musste.

6. September geheilt entlassen.

Fistula vesico-vaginalis

kam 4 Mal zur Beobachtung. Bei der Operation derselben bin ich leider, trotzdem ich aus der Simon'schen Schule stamme und mit besonderer Vorliebe der gegebenen Vorschrift des hohen Meisters gefolgt bin, nicht glücklich gewesen. Einestheils liegt die Ursache in den wirklich sehr ungünstigen Fällen, anderestheils in dem Umstande, dass die Patientinnen bei dem einmaligen Misslingen die Lust, sich einer zweiten Operation zu unterwerfen, verloren haben; während das gesunkene Vertrauen bei unglücklich ausgelaufenen Operationen des Meisters dieser Operation durch den grossen Weltruf desselben wieder gehoben wird.

Eine Operation verlief günstig;

Frau X., aus Die Fistel war klein, etwa federkieldick; ich hatte in diesem Falle sehr schlechte Wundränder, dieselben waren dünn, so dass nach der ausgiebigen Excision des Narbenrandes die Oeffnung doch mindestens 1¼ Zoll lang war. Dieselbe lag nahe am Uterusmunde, und war selbige sehr schwer bloss zu legen. Der Uterus war ziemlich beweglich, und nach in der Quere der Scheide angelegter trichterfömigen Excision der Fistel legten sich die Wundränder gut aneinander.

Die Heilung ging gut von statten; Patientin wurde in 14 Tagen geheilt entlassen.

Zalven, Helena, 45 Jahre alt, aus Schwerfer. Fistula vesico-vaginalis. Am 6. Juli 1863 aufgenommen; ungeheilt am 1. Januar 1876 entlassen.

Patientin befindet sich schon seit 12 Jahren im Hospital und wird als Hülfsarbeiterin benutzt. Sie hat vor 12 Jahren eine sehr schwere Geburt überstanden, in Folge deren sich die Fistel bildete. Es sind mehrmals Steine durch diese entfernt worden. Patientin zeigt die gewöhnlichen Veränderungen in der Umgebung der Scheide und der innern Oberschenkelflächen. Die Haut ist durch die dauernde Benetzung mit Urin und das consecutive Eczem blauroth und verdickt. Patientin kann gar keinen Urin

halten. Die vordere Scheidenwand fehlt fast ganz; der zurückgebliebene kurze Theil des vordern Abschnittes derselben ist zum Theil mit der hintern Scheidenwand verwachsen, zum Theil endigt er mit der Blasenwand in einem scharfen, harten, narbigen Rande frei nach hinten. Die Oeffnung zwischen diesem Rande und der hintern Scheidenwand ist so gross, dass man mit zwei Fingern eindringen kann.

Eigentlich hätte man, nach Vorschrift von Prof. Simon, die vordere Scheidenwand von der hinteren lösen sollen, um dann dieselbe mit dem Uterus zu vernähen, indess war die Person mittlerweile schon 57 Jahre alt geworden und unverehelicht, und stellte daher keine Anforderungen an ihre Scheide, andererseits war das erhaltene Stück der vordern Scheidenwand zu klein.

Ich frischte daher nach Entfernung der in der Blase enthaltenen Steine den Wundrand nach Simon an und versuchte die vordere Scheidenwand mit der hintern zu vereinigen.

Der Versuch gelang nur zum Theile. Die Oeffnung war nach Ablauf der Heilung um die Hälfte verkleinert. Patientin konnte stundenlang den Urin retiniren.

Am 1. Januar wurde Patientin entlassen, weil sie die Wiederholung der Operation verweigerte.

Die dritte Operation verlief ungünstig für das Leben der Patientin.

G. . ., Therese, 28 Jahre alt, aus Cöln, fistula vesico-vaginalis, 15 October 1875 aufgenommen; 29. October 1875 ungeheilt entlassen.

Im März des betreffenden Jahres überstand Patientin eine sehr schwere Geburt. Das Kind musste zerstückelt werden. An die Geburt schloss sich gleich ein starker jauchiger Ausfluss aus der Scheide, unwillkürlicher Urinabgang und eine pyaemische Unterleibsentzündung, welche drei Monate dauerte, an. Der Unterleib war sehr schmerzhaft, Schüttelfrost folgte auf Schüttelfrost. Die vena cruralis linkerseits war thrombosirt.

Status praesens: Patientin war sehr corpulent. Die Fistel befand sich vor dem cervix uteri, welcher defect war, indem ein Theil der vordern Lippe fehlte.

Die Operation war eine sehr schwere, weil der Uterus durch Adhaesionen, entstanden in Folge der frühern Unterleibsentzün-

dung, so fixirt war, dass er kaum sichtbar gemacht werden konnte.

Die Ränder der Fistel waren sehr dünn und narbig.

Die Operation wurde in der Simon'schen Steissrückenlage gemacht.

Die narbigen Ränder wurden in grosser Ausdehnung excidirt, so dass die Fistel nach der Excision um ein ganz Bedeutendes grösser geworden war. Ich hatte in diesem Falle die Schnittrichtung quer gelegt, so dass der vordere Rand der Fistel mit dem Reste der vordern Muttermundslippe vereinigt wurde. Indess schon beim Anlegen der Näthe merkte ich, dass die Spannung eine zu grosse war, die vordere Muttermundslippe wollte sich bei der Fixation des uterus durch adhaesive Verwachsungen nicht gut dem vordern Fistelrand nähern.

Es wurden 21 Nähte angelegt.

18. October. Am Tage nach der Operation stellte sich hohes Fieber ein. Patientin vomirte dauernd, und hatte Schmerzen im Unterleibe. Das Fieber hielt drei Tage an. Dabei hatte Patientin sehr viele Schmerzen in dem linken, noch stets ödematös geschwollenen Beine. Ich schob das Fieber auf eine leichte Entzündung des Peritoneums, hervorgerufen durch die Zerrung des uterus während der Operation, schlug dasselbe indess nicht weiter an, zumal die Temperatur nach einigen Tagen sank.

Der Operationseffect war gleich Null.

29. October. Patientin wurde entlassen mit einer grössern Fistel, als sie bei der Aufnahme hatte.

Dieselbe wurde zum zweiten Male operirt in den letzten Tagen des Jahres 1875. Diesmal wurde, da der uterus nicht heruntersteigen wollte, die Schnittrichtung in die Längsrichtung der Vagina gelegt.

Die Wundränder legten sich gut aneinander, und glaubte ich jetzt, eine sichere Heilung erwarten zu dürfen; indess schloss sich unmittelbar an die Operation eine allgemeine Peritonitis an, und starb Patientin nach 48 Stunden. Die Section konnte nicht gemacht werden, und glaube ich, dass durch das Herunterziehen des uterus eine innere Zerreissung von frischen Adhaesionen desselben statt gefunden hat, und dass in Folge dessen die Peritonitis eintrat.

Eine vierte Vesico-vaginal-Fistel wurde operirt bei einer Patientin, welche gleichzeitig luetisch war.

Es fehlte bei ihr der ganze Blasengrund vom Cervixtheile des uterus ab bis zur Urethra. Die untere Wand der Urethra war zum Theil erhalten. Patientin war früher schon von Herrn Geh.-Rath Fischer ebenfalls ohne Erfolg operirt worden.

Die Operation machte ich in der Weise, dass ich die vordere Muttermundslippe und den vorderen Fistelrand, welcher in die Urethra fiel, anfrischte.

Der Uterus stieg gut herunter und die Fistel liess sich ganz hermetrisch ohne Zerrung schliessen, indess sprang die ganze Fistel wieder auf, so dass Patientin ungeheilt entlassen wurde.

Bei einer nachherigen Consultation schlug ich in der Voraussicht, dass die Operation wieder ohne Erfolg sein würde, der Patientin dieselbe nochmals vor aber mit der Eventualität, beim Misslingen den Scheidenverschluss machen zu müssen. Patientin verweigerte die Operation.

Metrorrhagie

in Folge von Abortus oder eines überstandenen Wochenbettes kam 9 Mal zur Beobachtung. Die Behandlung beschränkte sich meist auf absolute Ruhe und Application der Eisblase auf den Unterleib. Wenn die Blutung stark ist, reiche ich gleichzeitig nebenbei secale cornutum.

Es wurden Alle geheilt entlassen, mit Ausnahme von Zweien, welche in Folge von Pyaemie starben.

Quester, Gudula, geb. Ruschel, 37 Jahre alt, Wäscherin aus Cöln. Patientin wurde mit Pyaemie aufgenommen am 9. Januar 1875, starb am 6. Februar 1875. Vide sub Cap. Pyaemie.

Kredelbach, Catharina, 20 Jahre alt, aus Cöln, Stuhlflechterin, 14. Juni 1875 aufgenommen mit Metrorrhagie. 17. September Tod durch Pyaemie. Vide Cap. Pyaemie.

Retroversio resp. flexio

ist 12 Mal beobachtet worden. Es wurde jedesmal der Versuch gemacht, ein Hodge'sches Pessarium einzulegen. Man verliert stets viel Zeit, ehe man das richtige gefunden hat, indess meist

gelingt es. Bei etwaigen gleichzeitig bestehenden Anschoppungen des Fundus uteri oder beim Bestehen von Geschwüren ad orificium uteri wird vorher dies Leiden behandelt. Letztere werden alle 3—4 Tage mit Höllenstein touchirt; bei Anschoppungen in utero erhält Patientin bei ruhiger Rückenlage täglich Laxantien, Carlsbadersalz, um so zuerst dies secundaere Leiden zu heben, worauf erst die Anlegung des Ringes statt hat. Bei einiger Geduld sowohl von Seiten des Arztes wie der Patientin gelingt es meist, einen passenden Ring ausfindig zu machen und den Zustand der Patientin bedeutend zu bessern.

Nur ein Mal ist der Versuch misslungen, sonst wurden die Patientinnen stets gebessert entlassen. Im letzteren Falle konnte man nach Aufrichtung des Uterus ein eigrosses myom an der hintern Wand desselben nachweisen.

Anteversio resp. Anteflexio

kam 8 Mal zur Beobachtung und wurde nach demselben Grundsatze behandelt.

5 Mal wurde dieserhalb bei gleichzeitigem Bestehen von Dysmenorrhoe die Erweiterung des äussern und innern Muttermundes gemacht, und zwar so, dass ich zuerst mit einer Branche einer auf die Fläche gebogenen Scheere in den Cervical-Canal einging, während ich die andere Branche an der Aussenseite des Cervix hinaufschob und dann rechts und nachher auch links den Cervix durchschnitt. Darauf ging ich mit einem Messer in den Cervical-Canal hinein und erweiterte den innern Muttermund ebenfalls nach beiden Seiten hin.

Nach 8 Tagen führte ich alle zwei Tage den Ellinger'schen Dilatator in den Cervical-Canal ein und suchte durch Oeffnen der Branchen desselben den Canal erweitert zu erhalten.

In keinem der Fälle trat mehr eine Befruchtung ein, obschon ich dreimal diese Operation bei verheiratheten Frauen machte. In einem Falle half die Operation gar nichts, die Dysmenorrhoe bestand nach wie vor; in allen 4 andern Fällen war die Dysmenorrhoe gehoben; indess gebe ich gerne zu, dass die Beobachtungszeit bei Einer noch sehr kurz ist, und ich von einer Andern gar Nichts weiss, da Patientin mir aus den Augen verschwunden ist; in den beiden übrigen Fällen indess scheint der

Erfolg dauernd zu sein, indem jetzt schon ein Jahr seit der Operation vergangen und die Dysmenorrhoe noch immer gehoben ist.

Prolapsus uteri

kam 21 Mal zur Beobachtung und zwar meist in der Ambulanz; die Patientinnen wurden in der Regel mit Hebelpessarien fortgeschickt. Die Zahl ist noch viel grösser, indem bisheran nicht genau Buch über die Ambulanz-Patienten geführt wurde.

4 Mal wurde in Fällen, bei welchen der Prolapsus so stark war, dass der ganze Uterus ausserhalb der Scheide lag, operirt, und bei allen Vieren ist bisheran der uterus ohne Ring reponirt geblieben.

Schwingens, Catharina, geb. Clusen, 44 Jahre alt, aus Lunferid, wurde am 26. Mai 1875 mit Prolapsus uteri aufgenommen, und am 17. September 1875 geheilt entlassen.

Der uterus reicht weit aus der Scheide hervor und hat eine Länge von 12 cm. Die Verlängerung des uterus ist hervorgerufen durch eine prolongatio partis cervicalis.

9. Juni. Es wird daher zuerst der Cervix abgetragen und zwar ein 5 cm. langes trichterförmiges Stück excidirt und die Uterusschleimhaut mit der Vaginalschleimhaut vereinigt. Der Verlauf war günstig, es trat kein Recidiv ein.

15. Juli wurde eine Cyste, die bei der ersten Operation entdeckt wurde, aus der vordern Vaginalwand excidirt und die Cystenwand herausgeschält. Heilung ging gut von statten.

27. Juli. Trotzdem, dass ein so grosses Stück des Cervix excidirt worden war, kehrte der Prolapsus wieder. Es wird daher heute die Colporhaphia ant. gemacht und zwar nach Simon; Anfrischung eines hufeisenförmigen Stückes mit der offenen Seite nach dem Uterus. Die Heilung misslang zum grössten Theile, nur der hintere, dem Uterus zugekehrte Theil blieb vereinigt. Dies genügte, um den uterus für einige Zeit zurückzuhalten, indess nicht dauernd.

14. August. Heute wurde die Colporhaphia ant. und post. und die Episiorhaphia in einer Sitzung gemacht. Zuerst wurde ein Ellipsoid aus der vordern Vaginalwand excidirt und Quer-

nähte angelegt, darauf wurde die hintere Wand in einer Weise angefrischt, wie man's bei der Ruptura perinaei incompleta thut.

Es werden im unteren resp. vorderen Theile der hinteren Scheidenwand durch Anfrischung der Schleimhaut zwei seitliche Dreiecke gebildet, wie man sie formirt bei der Perinaeoplastik; Die Bases der beiden Dreiecke stossen in der Mittellinie der hintern Scheidenwand zusammen, und reichen mit ihrem hinteren resp. oberen Ende, also mit dem hintern Winkel der Dreiecke, in die Scheide hoch hinauf, sich dem Uterus nähernd, so dass nach der Verheilung ein Wall besteht, über welchem der Uterus nach vorne übergekippt erhalten werden soll.

Der Verlauf war ein günstiger und der Effect ein sehr guter.

Patientin wurde am 17. September geheilt entlassen.

Der Uterus ruht auf dem in der hintern Scheidenwand gebildeten Wulste nach vorn und innen gekippt auf.

Patientin hat sich wegen Scabies noch einmal im Januar 1876 vorgestellt, und ist der Effect noch stets derselbe.

Kütter, Kath. 30 Jahre alt aus Cöln, 5. Juni 1874 aufgenommen, geheilt entlassen 28. Juli 1875.

Patientin war schon seit einem halben Jahr wegen des colossalen Prolapsus im Hospital.

16. December 1874 wurde zuerst wiederum der verlängerte Cervicaltheil abgetragen. Heilverlauf gut. Der Prolapsus kehrte wieder.

16. Februar 1875 machte ich, um die Simon'sche Theorie zu erproben, die Colporhaphia ant. nach Simon. Die Heilung verlief gut, indess der Prolapsns kehrte nach 2 Monaten wieder.

12. Juni machte ich die Colporhaphia ant. und post. in der nämlichen Weise, wie oben beschrieben.

Der Verlauf war günstig.

28. Juli geheilt entlassen.

Im Februar 1876 stellte Patientin sich vor. Der Ulterus sitzt nach vorn umgekippt auf dem an der hintern Wand gebildeten Wulste auf. Wiewohl Patientin seit zwei Monaten an heftigem Husten leidet, bleibt der Uterus in der ihm gegebenen Lage.

Der 3. Fall betrifft eine Patientin der Privatpraxis, welche seit 3 Jahren schon mit dauernder Heilung operirt ist, und welche ich hier wenigstens erwähnt sehen möchte.

Der 4. Fall betrifft eine Frau, welche augenblicklich noch in Beobachtung ist.

Frau Nell, Anna, 31 Jahre alt aus Effern, Prolapsus uteri. Seit zehn Jahren ist Patientin verheirathet, indess kinderlos.

18. October wurde zuerst die Amputatio colli cervicis gemacht, auch in diesem Falle, weil der Cervixtheil des uterus vergrössert war.

In der vorderen Uteruslippe lagen mehrere linsengrosse Cysten mit gelatinösem Inhalte, ausserdem ging ein Schleimpolyp von der vorderen Lippe aus. Auch dieses Mal zeigte es sich, dass die Theorie von Hupfer falsch ist; der prolapsus kehrte wieder.

31. October wurde ein fibröser Polyp, welcher aus der Uterushöhle hervorragte, exstirpirt.

28. November. Colporhaphia ant. nach Sims.

24. December. Nochmalige colporhaphia ant. und colporhaphia post.

29. December. Entfernung der Nähte.

1. Februar 1876. Das Resultat ist einstweilen noch gelungen zu nennen.

Stenosis.

Stenosis des äusseren Muttermundes allein kam 8 Mal zur Beobachtung. Es wurde dieserhalb im Anfange des Jahres die blutige Erweiterung gemacht, wie oben bei der Anteflexion erwähnt worden ist.

X., Josephine, 21 Jahre aus Cöln. Patientin ist zwei Jahre verheirathet und hat noch nicht concipirt.

7. Mai. Die Operation wurde gemacht wegen gleichzeitig bestehender Dysmenorhoea. Der Verlauf war nicht ganz rein, Patientin hat 14 Tage gefiebert.

14. August. Muttermund ist weit. Entlassen.

Patientin hat sich leider nicht mehr zur Einführung des Ellinger'schen Dilatators eingefunden.

Ernst, Helene, 24 Jahre alt, Magd aus Bottenbroich, leidet an Stenosis canalis cervicalis. Die Operation wurde gemacht wegen Uterinbeschwerden.

22. Juli blutige Erweiterung des canalis cervicalis.

14. August geheilt entlassen, Sonde wird alle 2 Tage eingeführt.

Drei Mal wurde wegen der einfachen Verengerung des Ostium uterinum die kegelmantelförmige Excision nach Simon gemacht; zuerst wird mit der Scheere nach beiden Seiten hin der Uterusmund erweitert, und darauf aus der jetzt getrennten vorderen und hinteren Muttermundslippe ein keilförmiges Stück excidirt, dessen Basis in den Lippenrand, und dessen abgestumpfte Spitze in das Gewebe des Cervicaltheiles hineinreicht.

Dies keilförmige Stück wird mit Erhaltung der Cervical- und der Vaginal-Schleimhaut in der ganzen Breite der Muttermundslippe excidirt, und darauf die innern und äussern Lappen durch mehrere Nähte mit einander in Contact gebracht.

Das Genauere über diese Operationsmethode vide Langenbecks Archiv.

Herigen, Eva, 31 Jahre alt aus Cöln, aufgenommen mit Stenos. orif uter. 30. December 1875, 18. Januar 1876 geheilt entlassen.

Seit 5 Jahren verheirathet, ohne concipirt zu haben; es bestehen dysmenorhoische Symptome.

31. December. Kegelmantelförmige Excision. Verlauf sehr gut.

18. Januar geheilt entlassen.

Habig, Kath., 23 Jahre alt, Stenosis ostii uterini mit Dysmenorrhoe, 2. October 1875 aufgenommen, 8. November 1875 geheilt entlassen.

Frl. X., 17 Jahre alt aus Westfalen, Pensionärin, Ende vorigen Jahres aufgenommen, stellte sich mir vor mit starken dysmenorrh. Symptomen. Einige Tage vor der Regel bekam Patientin die heftigsten Rückenschmerzen, die aufhörten mit dem Eintritte der Menstruation. Die Schmerzen steigerten sich oft zu einer nicht mehr erträglichen Itensität, so dass die Patientin ohnmächtig wurde. Gleichzeitig hatte sie oft dabei Erbrechen, zeitweise sogar allgemeine clonische Krämpfe.

Bei der Untersuchung gerieth ich mit Leichtigkeit in die Urinblase, während es mir nicht möglich war, in die Scheide zu gelangen.

Eine genauere Anamnese ergab nun, dass Patientin seit einem Jahre von ihrem Liebhaber coitirt wurde, und dass sie dabei die heftigsten Schmerzen hatte.

Ausserdem ergab die Anamnese, dass Patientin besonders zur Zeit der Regel das Wasser nicht halten konnte und dauerndes Harnträufeln hatte.

Behandlung. Operation. Ich incidirte die Scheide nach hinten und erweiterte dieselbe, indem ich einen Finger neben dem andern hineinzwängte.

Nachdem der introitus vaginae so weit war, dass ich das kleinste Simon'sche speculum und vorne einen Hebel einlegen konnte, präsentirte sich der enge Uterusmund; ich fasste denselben und machte unter grossem Zeitaufwande die kegelmantelförmige Excision.

Der Verlauf war sehr günstig. Patientin wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen; das Urinträufeln ist geschwunden, die Regel ganz normal und ohne Schmerzen verlaufend.

Erosiones ad orificum uteri.

Ulcera ad orificium uteri ohne hypertrophie der portio vaginalis. Dieselben kamen 9 Mal zur Beobachtung und wurden einfach mit Lap. infern. alle 3—4 Tage touchirt und so zur Heilung gebracht.

13 Mal kamen ulcera mit gleichzeitiger Hypertrophie der portio vaginalis und ein Mal Hypertrophie ohne ulcera vor.

Im Anfange habe ich die trichterförmige Excision gemacht, nachher indess die kegelmantelförmige, wie ich sie oben bei der einfachen Stenose des ostium uterinum erwähnt habe, nur dass in diesen Fällen der kegelförmige Mantel viel höher und breitbasiger war.

Von den 13 Operirten starben 3; es ist dies eine auffallend hohe Zahl, indem doch die Operation als eine höchst einfache, durchaus nicht lebengefährliche betrachtet werden muss.

Die eine dieser Patientinnen, eine Privatkranke, starb 2 Monate nach der Operation in Folge einer croupösen migrirenden

Pneumonie, die andern beiden starben im Hospitale, und zwar beide an Pyaemie. Es giebt uns dies wieder einen Beweis für die schlechte Hospitalconstitution, resp. für die Leistungsfähigkeit des Thiersch'schen Verbandes. Während alle andern Operationen, die nach Thiersch behandelt werden konnten, gut verliefen, war dies bei den Operirten, welche nicht nach Thiersch behandelt wurden, nicht der Fall.

Frau Kunz, 39 Jahre alt, leidet an Hypertroph. cervicis et ulcera ad orificium uteri. 26. November 1875 aufgenommen, 7. December 1875 Tod.

Frau X. leidet an heftigen dysmenorrhoischen Symptomen. Die Uteruslippen waren sehr stark verlängert und verdickt. Patientin hatte namentlich zur Zeit der menses sehr heftige Schmerzen im Rücken, und gleichzeitig oft Erbrechen.

26. November. Trichterförmige Excision.

6. December nach mehreren Schüttelfrösten Tod durch Pyaemie.

Knoch, Gertrud, 34 Jahre alt aus Ukerath, 6. Januar 1875 operirt, 15. Januar 1875 gestorben in Folge von Pyaemie.

Es wurden 11 Abtragungen des Cervix wegen Hypertroph. gemacht, 4 trichterförmige und 7 kegelmantelförmige.

6 Mal wurde bei gleichzeitig bestehender Metrorrhagie und Ausdehnung des ulcerösen Processes auf den innern Cervicaltheil und auf die Gebärmutterhöhle selbst der Cervicaltheil resp. die Gebärmutterhöhle ausgeschabt, eine Operation, welche ich auch in letzter Zeit mehrmals bei einfacher endometritis mit Erfolg gemacht habe.

Es ist somit die Abtragung, resp. die keilförmige oder kegelmantelförmige Excision bei einfacher Stenosis, bei hypertrophia post. vagin. mit und ohne Geschwürsbildung, und bei Prolapsus uteri 20 Mal gemacht worden. Es starben davon 3, 2 in Folge von Pyaemie und 1 durch croupöse migrirende Pneumonie.

Ein Mal habe ich bei ulcera ad orificium mit Hypertrophie der Muttermundslippen das Geschwür ausgekratzt und innerhalb 10 Tagen zur Heilung gebracht. Diese Behandlung dürfte für die Zukunft vielleicht noch häufiger in Anwendung kommen.

Die Namen der Kranken, bei denen die Excision resp. die trichterförmige Amputation des Cervix uteri gemacht ist, sind folgende:

Knoch, Gertrud,	31 Jahrc alt,	polypös entartete Muttermundslippen.	operirt 6. Januar	1875.
Schwingens, Cath.,	44 Jahre alt,		„ 27. Mai	„
Terlage, Elise,	40 Jahre alt,		17. August	„
P . . ., Frau,	38 „ „		28. September	„
Habig, Rrau,	23 „ „		8. October	„
Kübler, Frau,	49 „ „		23. September	„
Brandegge, Frau,	38 „ „		4. October	„
S . . ., Frau,	24 „ „		18. „	„
Nell, Frau,	30 „ „		18. „	„
Brabender, Frau,	50 „ „		1. November	„
Kunz, Frau,	40 „ „	Pyaemie,	26. „	„
X., Frau,	35 „ „	migrirende Pneumonie,	26. November	„
Dederichs, Frau	26 Jahre alt,		2. December	„
Heriger, Frau,	31 „ „	Stenosis,	30. „	„
Weber, Frau,	49 „ „		in diesem Jahre	
Ernst, Frl.,	19 „ „	Stenosis,	operirt.	

Dazu kamen die 4 keilförmigen Amputationen, welche bei der Operation des prolapsus erwähnt worden sind.

Parametritis

kam in 6 Fällen zur Beobachtung. Zwei derselben sind gestorben in Folge von Pyaemie, mit welcher sie aufgenommen wurden.

Geschwülste

an und in den Genitalien waren 24 Fälle.

4 Polypen des uterus kamen zur Beobachtung und zwar waren es zwei Mal Schleimpolypen und zwei Mal fibröse (Myome) Polypen des Cervicaltheiles. Eine Frau ist schon erwähnt worden, weil gleichzeitig die Muttermundslippen stark hypertrophirt waren, und dieserhalb die keilförmige Excision gemacht wurde.

Frau Brabender, 30 Jahre alt, aus Kempten.

Seit Mitte December bemerkt Patientin, dass sich eine Geschwulst zur Schamspalte herausdrängte. Stat. praes. Vor

der Schamspalte liegt ein hühnereigrosser, hochrother, weicher Schleimpolyp. Der Stiel ist so dünn, dass wohl in den nächsten Tagen der Polyp sich selber abgedreht haben würde. Ausserdem hingen von den beiden Muttermundslippen ausgehend noch mindestens 7 kleinere, erbsen- bis haselnussgrosse Polypen heraus. Die Uterushöhle ist frei, um circa 1½ Zoll verlängert, normalstehend.

1. November exstirpirte ich zuerst die Polypen und da die Schleimhaut des untern Cervicalcanals mit zahlreichen warzigen Excrescenzen bedeckt war, so nahm ich durch die keilförmige Excision den untern Theil des Cervicaltheiles und ebenfalls in grösserer Ausdehnung die Schleimhaut mit fort. In dem Parenchym des Cervix lagen massenhafte Cysten. Verlauf war sehr günstig.

19. November geheilt entlassen.

In einem zweiten Falle wurde ein Schleimpolyp, welcher von dem Cervix ausging, in der ambulanten Praxis mittelst Kornzange durch Drehung entfernt.

Fibröser Polyp.

Zwei Mal wurde ein sogenannter fibröser Polyp beobachtet.

Sintermann, Apollon., 49 Jahre alt aus Adenau, mit Polypus uteri 10. November 1875 aufgenommen, 5. December 1875 geheilt entlassen. Patientin leidet seit 5 Jahren an einer sehr heftigen Dysmenorrhoe. Die Regel dauert seit der Zeit stets 8—10 Tage, und war sehr profus. Nachher gesellte sich hierzu ein dauernder Fluor und seit einem Monate anhaltende Blutungen.

Vaginaluntersuchung ergiebt folgendes:

Muttermund ist circa zweithalergross, und aus demselben, ihn verschliessend, ragt ein apfelsinengrosser Tumor hervor, welcher eine glatte Oberfläche und elastische Consistenz hat. Inversio uteri wird ausgeschlossen durch die Sonde, dieselbe weist nach, dass der uterus um 1½ Cm. verlängert ist.

Die Sonde kann überall an der Innenfläche des Cervicalcanals vorbei wandern mit Ausnahme an der rechten hintern Seite; also geht der Polyp von der rechten Seite der hintern Lippe aus.

11. November. Ich führte eine Schlinge um den Polypen und drängte die Schlinge hoch hinauf. Der Polyp wurde dann mit Leichtigkeit mittelst der galvanokaustischen Schlinge entfernt; es floss bei der Operation fast gar kein Blut.

Patientin wurde am 5. December 1875 geheilt entlassen. Die Cervicalhöhle ist ganz glatt.

Der zweite fibröse Polyp kam zur Beobachtung bei Frau Anna Nell, 31 Jahre alt aus Effern, welche gleichzeitig an Prolapsus uteri litt, und dieserhalb radical operirt worden ist. Vide oben.

Subperitoneale Myome.

Ausser diesen submucösen Myomen, kamen 4 Fälle von subperitonealen Myomen vor. Drei Mal gingen die Myome von der hintern Fläche des Uterus aus und war jedes Mal der Uterus retroflectirt. Bei der Aufrichtung desselben mittelst der Sonde konnte man die Polypen, von der hintern Wand ausgehend, palpiren.

Der eine Fall kam zur Operation und wird bei den Laparotomien resp. Ovariotomien zur Sprache kommen.

Carcinoma uteri,

von dem Cervix uteri ausgehend, kam 7 Mal zur Beobachtung und zwar leider bei allen so vorgeschritten, dass an eine reine Exstirpation nicht mehr zu denken war. Die vordere und hintere Wand der Vagina war bei allen mit in den carcinomatösen Process hineingezogen. Bei allen war der untere Abschnitt des Uterus fixirt, so dass ein Uebergreifen auf die benachbarten Organe festgellt war.

Der operative Eingriff beschränkte sich hier auf Auslöffeln, welches 4 Mal vorgenommen wurde in den Fällen, in welchen starke Blutungen eintraten oder die Secretion eine sehr profuse war.

Die Blutungen hörten stets nach der Ausschabung für einige Zeit auf, die Secretion wurde eine geringere und die Patientinnen erholten sich, wenn auch nur vorübergehend.

1 Mal ging das Carcinom von der Uterushöhle aus.

Adolf, Cath., 49 Jahre alt, Näherin aus Cöln, aufgenommen am 14. December 1874, entlassen am 23. December 1874, wieder aufgenommen am 11. Juni 1875, gestorben am 23. Juni 1875.

Patientin hatte bei der ersten Aufnahme seit einem Jahre Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Zuweilen litt sie seit der Zeit an hartnäckiger Verstopfung, zuweilen auch wieder an einer nicht zu bekämpfenden Diarrhoe. Seit einem halben Jahre gesellte sich zu diesen Symptomen ein Fluor ruber, welcher von Zeit zu Zeit förmlichen Blutungen ex vagina Platz machte.

Stat. praes. Der fundus uteri reicht bis zum Nabel hinauf, der Cervix ist verlängert und verdickt. Die Betastung des corpus uteri sowie des cervix ist schmerzhaft. Aus dem Cervical-Canale entleert sich ein blutig schleimiger, übelriechender Eiter. Beim Sondiren blutete es stark aus der Uterushöhle heraus.

Das Einzige, was hier geschehen konnte, war, bei stärkern Blutungen den Uterus auszulöffeln; indess hierzu lag keine dringende Indication vor.

Patientin verliess nach 3 Tagen das Hospital und kehrte wieder am 11. Juni 1875, 8 Tage vor ihrem Tode. Die Section hat die gestellte Diagnose erhärtet.

Sacrome.

Zwei Mal kamen Sarcome in der Uterushöhle und im Cervix zur Beobachtung.

Einer dieser Fälle bietet einiges Interesse insofern, als hier die Auslöffelung wirklich wiederum sehr viel leistete. Vide Anhang.

Kubler, Elise, 49 Jahre alt, aus Düren, am 5. October 1875 aufgenommen mit Metrorrhagie.

3. November 1875 zur Zeit geheilt entlassen.

Eierstockgeschwülste.

Am Schlusse dieses Capitels sind noch die Eierstockgeschwülste zu erwähnen. Im Ganzen kamen in der Hospital- resp. in der Privatpraxis 7 Eierstockgeschwülste zur Beobachtung; davon ward die eine punktirt, weil Patientin die Radicaloperation verweigerte, 3 verweigerten jeden Eingriff, davon sind 2 noch in Beobachtung, und 3 wurden operirt.

Eine Operation verlief günstig, die 2 andern endeten letal. Alle 3 waren sehr weit vorgeschritten, bei allen bestanden, wie die Krankengeschichte zeigt, die ausgedehntesten

Adhaesionen, und sind alle 3 zu den ungünstigsten zu zählen. Bisheran ist hierselbst die Operation noch sehr selten und meist mit unglücklichem Erfolge gemacht worden, und es herrscht daher naturgemäss eine solche Furcht vor derselben, dass die betreffenden unglücklichen Patientinnen sich nur in der höchsten Noth, wenn sie abgemagert sind bis zum Skelete, wenn der Tumor schon secundäre hydropische Erscheinungen hervorgerufen hat, wenn die Athemnoth auf's höchste gestiegen ist, zur Operation anschicken.

In den drei Fällen war die Diagnosis sehr genau gestellt worden, und ward auf dem Operationstische bestätigt.

Es reiht sich hieran noch ein vierter Fall einer Laparotomie an, die wegen sehr grosser Myome des uterus vollzogen wurde. In diesem Falle war ich in meiner Diagnosis etwas zweifelhaft; ich liess daher selbige offen, neigte indess mehr dazu, einen Ovarientumor vor mir zu haben, weil ich beide Ovarien bei der Untersuchung per rectum nicht finden konnte, indess einen Stiel palpirte, welcher, wie ich gleich bemerkte, sehr kurz war, und vorn vom Uterusrande zum Tumor hinüberlief. Die nachherige Besprechung des Falles wird den Grund des Irrthums klar stellen.

Günther, Frau, 32 Jahre alt aus Cöln, am 6. November 1874 aufgenommen, am 12. Januar 1875 entlassen.

Patientin, seit 6 Jahren verheirathet, hat vier Mal geboren, war stets gesund, menstruirte zum ersten Male im 19. Jahre und von da ab immer regelmässig. Seit einem halben Jahre bemerkte sie ein allmäliches Anschwellen des Unterleibes, welches ihr weder Schmerz noch sonstige Beschwerden verursachte. Die Anschwellung trat zuerst rechts hervor, und gleichzeitig hatte Patientin Schmerzen, besonders im rechten Beine. Nach einem Hydrops scarlatinosus wuchs die Geschwulst sehr rasch. Sie hat momentan eine immense Grösse erreicht. Patientin hütet dauernd das Bett, indem sie sich kaum fortbewegen kann, und ist sehr abgemagert. Puls ist klein; Athemnoth gross. Patientin hat fortdauernd Sodbrennen, zuweilen Erbrechen.

Die Messung ergibt folgendes:

Entfernung zwischen	beiden spinae anteriores	47	cm.
„ „	Nabel und Symyhyse	19	„
„ „	Nabel und proc. ensiformis	22	„
„ „	Nabel u. spina ant. sup.sin.	24	„
„ „	Nabel u. spina ant. sup. dex.	27	„
Umfang des Leibes	in Nabelhöhle	98	„
„ „ „	in der Gegend der Spinae	96	„
„ „ „	in der Mitte zwischen Nabel u.proc.ensiformis	96	„

Inspection: Der ganze Bauch ist kugelförmig aufgetrieben, Bauchdecken sind ödematös, ebenfalls die unteren Extremitäten. Lineae albicantes ausgeprägt.

Nabel verstrichen; grösste Prominenz rechts.

Palpation: Fluctuation ist sehr deutlich, indess fühlt man rechts neben dem Nabel feste Knoten.

Die auf den Tumor ausgeübten Bewegungen rufen stets deutliche Lageveränderung des Uterus hervor.

Percussion: Vorn überall Dämpfuug, 1″ unterhalb des Processus ensiformis beginnend, seitlich bis zur Verlängerung der Axillarlinie reichend. Die obere Grenze wechselt bei tiefem Athmen.

Untersuchung von der Vagina aus: Uterus liegt direct hinter und oberhalb der Symphyse, ist etwa um 1′ verlängert. Die Sonde bewegt sich nur ab und zu bei ausgiebigen am Tumor vorgenommenen Seitenbewegungen.

Das ganze Becken ist mit festen Knoten ausgefüllt; selbige lassen sich nicht aus dem Becken herausdrängen, nur mit Anwendung von einiger Gewalt gelingt es, dieselben etwas aus ihrer eingenommenen Lage herauszuheben.

Die Rectaluntersuchung ergiebt, dass die Bewegung der Knoten im Becken etwas ausgiebiger ist, indess ist es ausser Zweifel, dass sehr feste Adhaesionen bestehen, und sind bekanntlich Adhaesionen im Becken die gefürchtesten. Es lässt sich ferner constatiren, dass der Tumor mit einem dicken ziemlich langen Stiele vom Uterus ausgeht.

Die Diagnosis lautet mit Bestimmtheit auf Ovarien-Cystoid, ausgehend vom rechten Ovarium, mit ziemlich langem und dickem

Stiele, ohne Adhaesionen an der vorderen Bauchwand, indess mit festen kurzen Adhaesionen im Becken, und vielen festen Knollen, die zumeist im Becken gelagert sind.

Die chemische Untersuchung des Inhalts der Geschwulst ergiebt einen sehr grossen Paralbumin-Gehalt, und neben andern Fetten Cholestearin.

In 1000 Theilen befinden sich 79,8 Fett
71,63 Paralbumin
5,35 mineralische Salze.

Das Mikroskop zeigt neben andern Zellen einzelne Blutkörperchen.

13. Januar. Patientin wird der ungünstigen Hospital-Verhältnisse halber in ein kleines Krankenhaus gelegt.

Die Operation verlief sehr günstig bis auf die Herausnahme der Geschwülste des Beckens. Es mussten hier viele Adhaesionen unter einer grossen Blutung theils mit der Scheere getrennt, zumeist mit der Hand zerrissen werden; mindestens 50 Ligaturen wurden angelegt, welche alle zurückblieben. Die Stillung der Blutung war eine äusserst schwierige und zeitraubende.

Der Tumor war ein Cystoid mit vielen festen Knoten, und ging vom rechten Ovarium aus; der Stiel war lang und dick. An der vorderen Bauchwand bestanden keine Adhaesionen, indess viele kurze, straffe im kleinen Becken. Der Stiel wurde in die Klammer gefasst.

Der Verlauf war ein günstiger. Es trat absolut kein Fieber ein.

Patientin wurde geheilt entlassen und ist augenblicklich im 4. Monate schwanger.*)

Frau Paeffgen, 40 Jahre alt aus Cöln, am 2. August aufgenommen, Tod 24. August 1875.

Dieser Fall verlief anfangs günstig, und hatte ich alle Hoffnung, dass Patientin die Operation glücklich überstehen würde, indess starb sie, genau 3 Wochen nach der Operation an Entkräftung.

*) Inzwischen ist Patientin von einem gesunden, kräftigen, ausgetragenen Kinde entbunden worden. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verliefen ohne jede Störung.

Patientin hat stets regelmässig menstruirt und 3 Mal geboren. Im April des Jahres 1874 blieb die Periode aus, und es traten allmälich Schwangerschaftssymptome auf: Uebelkeit, Erbrechen, Anschwellen des Unterleibes, Anschwellen der Brüste, geringe Secretion derselben etc. Indess die Menstruation kehrte wieder, während der Unterleib dicker wurde, die Brüste mehr anschwollen und mehr secernirten.

Seit November hatte Patientin fast tägliches Erbrechen, sie musste dauernd das Bett hüten, sowohl wegen Schwäche und starker Auftreibung des Unterleibes, als wegen Athemnoth und Anschwellung der Beine. Dabei litt sie sehr an Herzklopfen.

3. Januar. Patientin ist äusserst schwach, rapide abgemagert, Puls sehr frequent und fadenförmig. Athemnoth sehr gross. Der Unterleib stark aufgetrieben; sehr starkes Oedem der Beine.

Messung zwischen beiden spinae ant. sup.	48	cm.
„ „ Nabel und Symphyse	23	„
„ „ „ „ proc. ensiformis	23	„
„ „ spina ant. sup. u. linea alba, rechts	$24\frac{1}{2}$	„
„ „ „ „ „ links	24	„
Umfang in Nabelhöhe	101	„
„ zwischen Nabel und Symphyse	85	„
„ in der Höhe der spinae ant. sup.	87	„

Inspection: Lineae albicantes ausgeprägt; Bauchwand ödematös, ebenso die untern Extremitäten.

Percussion und Palpation: 5 cm. unterhalb des processus ensiformis beginnt Dämpfung, links reicht sie bis zur Verlängerung der linea axillaris, rechts bis zur Verbindungslinie zwischen spina ant. sup. und vorderm Ende der letzten Rippe. Bei Lagerung auf die linke Seite entfernt sich rechts die Dämpfung um $2\frac{1}{2}$ cm. von der oben bezeichneten Linie nach der Medianlinie hin, und lässt sich eine schmale hellere Zone zwischen Leber und Tumor herauspercutiren. Bei Lagerung auf die rechte Seite ist Gleiches links nicht der Fall, indess lässt sich eine freie Zone zwischen Milz und Tumor constatiren. Ueberall ist an der gedämpften Stelle Fluctuation nachzuweisen, nur nach rechts unten vom Nabel konnte ich mehrere feste Knoten palpiren. Der Tumor lässt sich sehr leicht von einer Seite zur andern bewegen, und

macht beim tiefen Athmen grosse Excursionen, also besteht keine Verwachsung zwischen Tumor und Bauchwand.

Untersuchung von der Vagina aus: Uterus ist sehr stark nach hinten gedrängt und in's grosse Becken hineingezerrt. Bei seitlichen Bewegungen bleibt er ruhig stehen. Oberhalb der Symphyse kann man leicht bis zum Promontorium durch die Bauchwandung in's Becken eindringen. Das ganze kleine Becken ist frei.

Die Untersuchung vom Rectum aus bestätigt das Obige; das linke Ovarium ist durchzufühlen; an die rechte Seite des Uterus schliesst sich unmittelbar mit sehr kurzem Stiele die Geschwulst an, ausgehend vom rechten Ovarium.

Diagnosis: Cystovarium ohne Adhaesionen im Becken, vielleicht mit Adhaesionen in der linken Bauchseite an der hintern Wand, weil bei Lagerung auf die rechte Seite keine Verschiebung der percutirten linken Grenze statt findet; keine Verwachsung mit Leber und Milz.

3. Januar. Operation ergab Ovariencystoid, ausgehend vom rechten Ovarium mit massenhaften breiten flächenartigen Verwachsungen der hintern Fläche des Tumor mit den Gedärmen und einer Verwachsung des Tumor mit der rechten Kante des Uterus.

Es wurden über 40 Catgutligaturen angelegt. Da die Blutung nicht vollständig zu stillen war, so legte ich durch den Douglas'schen Raum ein Drainagerohr in's abdomen.

Patientin war während und nach der Operation so schwach, dass fortdauernd Campher- und Moschus-Injectionen gemacht werden mussten.

Sie starb 3 Wochen nach der Operation, wie oben angegeben an Entkräftung. Die Section lies keine andere Todesursache finden.

Laufenberg, Magdalena, 52 Jahre alt, aus Mülheim, Tumor abdom. Am 17. Juni 1875 aufgenommen, 21. Juni 1875 gestorben.

Patientin war seit ihrem 12. Jahre bis vor 7 Jahren stets regelmässig menstruirt und heirathete im 16. Jahre, hat 9 Mal geboren.

Vor 3 Jahren hatte sie beim Heben einer schweren Last das Gefühl, als ob ihr etwas im Unterleibe heruntergefallen sei, und bald nachher spürte sie eine faustgrosse Geschwulst in der rechten Seite. Die Geschwulst wuchs sehr langsam, bis sie vor einigen Monaten unter heftigen Schmerzen, die in der rechten Seite begannen und nach dem rechten Beine ausstrahlten, anfing sehr rasch zuzunehmen. Patientin ist in den letzten Monaten sehr abgemagert und schwach geworden, leidet an sehr quälendem Aufstossen, grosser Athemnoth und Herzklopfen und muss dauernd das Bett hüten.

Stat. praes.: Patientin ist äusserst schwach und abgemagert, Puls fadenförmig.

Inspection. Unterbauchgegend ist stark aufgetrieben, besonders rechts, Nabel verstrichen, Lineae albicantes ausgeprägt, Bauchwandung ödematös. untere Extremitäten gleichfalls.

Palpation. Geschwulst stark fluctuirend, undulirend, so dass freier Ascites wahrscheinlich wird. Nebenbei fühlt man auch festere Massen durch.

Mensuration:

Entfernung zwischen Nabel und Symphyse		29 cm.
„ „ Nabel und proc. ensiformis		25 „
„ „ Nabel und spina ant. sup.,	rechts	40 „
„ „ „ „ „ „ „	links	37 „
Umfang in Nabelhöhe		113 „
„ in der Spinalgegend		114 „
„ oberhalb des Nabels		103 „

Percussion: 4 cm. unterhalb des proc. ensiformis beginnt Dämpfung. Die Dämpfungsgrenze geht von der linken spina ant. sup. bogenförmig durch obengenannte Grenze zur rechten. Die Nierengegend ist tympanitisch. Von der Leber ist die Dämpfung durch eine freie Zone getrennt. Bei der Lagerung auf die rechte resp. linke Seite wechselt die Grenze etwas in entsprechendem Sinne.

Untersuchung per vaginam: Das Becken ist frei; nur bei tiefem Eindrücken des Fingers nach oben fühlt man die untere Fläche des Tumor. Der Uterus liegt vor dem Tumor, ist nicht vergrössert, lässt sich mit der Sonde nach vorn gegen die Symphyse drängen.

Untersuchung per rectum: Linkes Ovarium ist frei durchzufühlen; vom rechten Uterusrande geht ein Strang zum Tumor hin. Patientin hat sehr viele Schmerzen in der rechten Seite, und hätte dies mir ein Fingerzeig sein sollen, dass dort frische Entzündungsprocesse beständen.

Diagnosis: Ovariencystoid mit langem Stiele, vom rechten Ovarium ausgehend. Keine Verwachsungen im kleinen Becken und keine an der vordern Bauchwand, wahrscheinlich überhaupt keine Verwachsungen.

Operation verlief sehr günstig; aber es bestand in der rechten Bauchseite eine frische Peritonitis mit liniendicken, kräftigen Auflagerungen. Starke parenchymasöse Blutung in Folge der frischen Entzündung. Durchführung eines Drainagerohres.

Patientin ging am 2. Tage in Folge von allgemeiner Peritonitis zu Grunde.

Somit habe ich drei Ovariotomien unter äusserst ungünstigen Verhältnissen gemacht, von welchen die eine glücklich verlief, die andere 3 Wochen nach der Operation in Folge von allgemeiner Körperschwäche, und die dritte in Folge von Peritonitis nach 2 Tagen den Tod herbeiführte. Im letztern Falle wurde operirt, während eine frische Peritonitis bestand.

Es schliesst sich hieran noch ein Fall einer Laparotomie, in welchem die Diagnosis, ob Ovarialtumor oder Myome des Uterus, nicht bestimmt gestellt werden konnte.

Frl. Gladbach, 38 Jahre alt, aus Cöln, hatte seit zwei Jahren Diarrhoeen. Alle eingeschlagenen Behandlungsmethoden von Seiten vieler Aerzte liessen im Stiche. Vor 1½ Jahr wurde Patientin von mir an einer intercurrenten, incarcerirten Cruralhernie operirt, wovon sie genass. Ein Jahr nachher consultirte mich Patientin wegen der Diarrhoe, und entdeckte ich bei dieser Gelegenheit einen harten elastischen Tumor, welcher das kleine Becken fast ausfüllte, und mir die Erklärung gab für die hartnäckige Diarrhoe. Ich verordnete damals Einpumpen von kaltem Wasser nach Hegar.

Es gelang auf diese Weise, den Zustand der Patientin zeitweilig zu bessern, indess nicht zu heilen. Patientin magerte immer mehr ab und verlor immer mehr an Kräften.

Stat. praes. Inspection: Der Unterleib war nicht sehr aufgetrieben. Lineae albicantes nicht sichtbar.

Untersuchung per vaginam ergab folgendes:

Der Uterus war von einer festen Geschwulst nach vorn gegen die Symphyse angedrängt. Die Sonde constatirte eine Verlängerung von $1^1/_2$ cm. Der Tumor füllte das ganze kleine Becken aus und bestand aus mehreren Ballen, welche dem palpirenden Finger ein elastisches Gefühl gaben. Mit Gewalt konnte man den Tumor etwas aus dem Becken herausheben.

Untersuchung per rectum ergab das nämliche, wie eben erwähnt, nur konnte man das linke Ovarium frei durchfühlen, während an den rechten Uterusrand sich unmittelbar die Geschwulst anschloss; indess war es möglich, zwischen dem stark nach oben gezerrten Uterus und dem Tumor ein feines kurzes Band durchzufühlen.

Bei Bewegungen des Tumor wurde der Uterus mitgezerrt und folgte letzterer jeder kleinen Bewegung desselben. Man konnte mit Gewalt den ganzen Tumor aber auch gleichzeitig den Uterus mit in's grosse Becken heben.

Das rechte Ovarium konnte ich nicht entdecken.

Die Diagnosis blieb dubiös, weil ich das rechte Ovarium nicht finden konnte. Da ich zwischen Tumor und Uterus ein schmales Band fühlte, so neigte ich zur Diagnosis eines festern Ovarialtumors; andererseits aber nahm mich die ungleiche Beschaffenheit des Tumor und die Festigkeit desselben für die Diagnosis „Myome“ ein.

Da Patientin sehr abgemagert und immer mehr heruntergekommen war, so hielt ich mich in jedem Falle für berechtigt, die Operation zu machen.

Bei derselben, welche wie eine Ovarialoperation ausgeführt wurde, ergab sich, dass 4 verschiedene subperitoneale Myome vom Uterus ausgingen. Dieselben waren alle getrennt von der Gebärmutter und konnten leicht von derselben losgeschält werden. Ein Myom drang in's rechte breite Mutterband tief ein und war soweit von dem Uterus getrennt, dass das breite Mutterband sich dem untersuchenden Finger als Stiel darstellen konnte. Das Ovarium lag nach aussen und oben von diesem Tumor und wurde so der palpirenden Hand entzogen. Die Blutstillung war sehr zeitraubend. Es wurde eine Drainage angelegt.

Patientin starb am 3. Tage an diffuser Peritonitis.

Obere Extremität.

450 Fälle, 341 Männer, 109 Weiber.

Verletzungen 275, Männer 229, Weiber 46.

I. Subcutane Verletzungen 140, Männer 107, Weiber 33.

Contusionen und Distorsionen.

Contusionen und Distorsionen kamen 28 Mal zur Beobachtung, bei 19 Männern und 9 Weibern, und vertheilen sich folgendermassen:

6 Contusionen des Schultergelenks; 4 Männer und 2 Weiber.
8 Contusionen des Oberarmes; 6 Männer, 2 Weiber.
5 Contusionen des Ellenbogengelenks; 2 Männer, 3 Weiber.
3 Contusionen des Handgelenks; 2 Männer, 1 Weib.
6 Contusionen der Hand und der Finger; 5 Männer, 1 Weib.

Bei 3 Contusionen des Ellenbogens fand sich eine Blutung in's Gelenk und bei einer eine solche in die bursa über dem Olecranon.

Eine Contusion des Handgelenkes führte zu secundärer Eiterung.

Die Behandlung bestand bei den Contusionen der Gelenke, besonders wenn sich gleichzeitig eine Blutung in's Gelenk nachweisen liess, in Immobilisirung des Gliedes durch einen Gipsverband; sonst beschränkte dieselbe sich auf kalte Umschläge.

Luxationen

kamen 30 Mal zur Beobachtung und zwar bei 28 Männern und 2 Weibern.

22 Luxationes capitis humeri subcoracoideae, bei 21 Männern und 1 Weibe; alle mit Ausnahme von zweien waren frisch und leicht zu reponiren. Der Arm wurde zu dem Zwecke abducirt, bis zur Senkrechten elevirt und dann, während eine geballte Faust in der Achselhöhle gegengestemmt war, rasch adducirt und gesenkt. Nach der gelungenen Einrenkung wurde für die Dauer von 4 Wochen ein immobilisirender Verband getragen.

5 Mal trat die Luxation bei Individuen ein, welche früher schon mehrere Male dieser Affection halber Hülfe im Hospitale gesucht hatten.

Eine Luxation war mit einer Fractur complicirt und schon 6 Monate alt. Der Versuch der Reposition misslang nicht nur, sondern es brach auch die frische weiche Callusmasse nochmals ein. Es wurde ein Gipsverband angelegt und dieser nach zwei Monaten wieder entfernt. Die Fractur war geheilt. Patient weigerte sich, jetzt nochmals einen Versuch der Reposition vornehmen zu lassen.

1 Mal bestand die Luxation schon zwei Jahre; die Einrenkung gelang nicht. Die Beweglichkeit im neugebildeten Gelenke war eine ziemlich ausgiebige, so dass ein dringender Grund zu einer Behandlung nicht vorlag.

2 Mal kam auch eine sogenannte Subluxatio capitis zur Beobachtung, der Kopf war stark nach vorn gewichen und konnte mit Leichtigkeit reponirt werden. Hierbei entstand jedes Mal Crepitation, der vordere Rand der Fossa glenoidalis war gleichzeitig abgesprengt.

5 Luxationen des Ellenbogengelenks sind beobachtet worden, 4 bei Männern und 1 bei einem Mädchen von 15 Jahren:

4 Mal des ganzen Vorderarmes, der Ulna und des Radius, nach hinten. Die Einrenkung gelang leicht durch Hyperextension und folgende Flexion;

1 Mal nur der ulna nach hinten bei einem 44 Jahre alten Manne. Die Einrenkung wurde erzielt durch starke Abduction des Vorderames indem das Radiusköpfchen als Stützpunkt benutzt wurde.

Eine der totalen Ellenbogenluxationen war complicirt mit Fractur des Vorderarmes. Hierbei war die Zerreissung der Gelenkbänder eine so ausgedehnte, dass die Reposition durch Extension und Druck leicht gelang.

3 Luxationen wurden an der Hand beobachtet bei 3 Männern; und zwar zwei Mal der Basis der rechten Basalphalanx des Daumes auf den Rücken des Metacarpus. Die Reduction gelang leicht durch Hyperextension mit folgender Flexion. In beiden Fällen entstand die Luxation durch Fall auf den extendirten Daumen.

1 Mal war die Basis des Metacarpus nach dem Rücken der Hand luxirt.

Patient war auf den eingeschlagenen Daumen gefallen. Die Basis des Metacarpus prominirte auf dem Rücken der Hand ganz bedeutend. Die Reposition gelang leicht durch Druck, um indess auch eben so leicht sich wieder einzustellen. Es musste zur Sicherung der dauernden Reposition zwei Mal ein Gipsverband für die Dauer von 6 Wochen angelegt werden.

Subcutane Fracturen

sind 82 Mal, bei 60 Männern und 22 Weibern beobachtet worden; und zwar 20 Fracturen des Humerus bei 13 Männern und 7 Weibern.

13 Mal war die Diaphysis humeri betroffen, 1 Mal complicirt mit Fractura claviculae. Die Betroffenen standen im Alter von 3, 19, 23, 27, 53, 57, 65 und 77 Jahren (Männer), und von 24, 28, 36, 39 und 45 Jahren (Frauen).

7 Mal betraf die Fractur die Epiphysen und zwar zwei Mal das Collum humeri, jedes Mal bei einer alten Frau von 68 resp. 70 Jahren; zwei Mal den Condylus externus, bei einem 9jährigen resp. einem 11jährigen Knaben; zwei Mal den Condylus internus, bei einem 5jährigen und einem 24jährigen Manne, und ein Mal beide Condylen und das untere Ende des Humerus bei einem 8jährigen Knaben; es bestand in diesem Falle ein sogenannter T Bruch.

Ein Fall von diesen Humerusfracturen endete tödtlich in Folge einer Pneumonie.

Kessler, Emilie, starb an Pneumonia crouposa.

Die Behandlung des Armbruchs besteht in Immobilisirung der Extremität durch einen Gipsverband über ein in der Achselhöhle untergelegtes Kissen. Bei den Fracturen des untern Endes des Humerus ist's Regel, den Verband alle 10 Tage zu erneuern, um eine Ankylosis im Ellenbogen-Gelenke zu verhindern, und trotz alledem gelingt es nur schwer, die Entstehung des Ankylosis zu vermeiden; es sind nach der definitiven Entfernung des Verbandes noch Monate lang active und passive Uebungen nöthig, um das Gelenk wieder beweglich zu machen. Einmal wandte ich bei einem Mädchen, bei welchem die Reposition des Diaphysenbruches sehr viele Schwierlgkeit machte, die Extension mittelst eines durch Heftpflasterstreifen an dem Vorderarm angebrachten per-

manenten Gewichtszuges von 12 Pfund an; die Contraextension fand ihren Stützpunkt in der Achselhöhle. Die Heilung gelang hier ohne alle Dislocation.

Subcutane Fracturen des Vorderarmes sind 56 verzeichnet, bei 42 Männern, und 14 Weibern.

18 Mal betraf die Fractur beide Vorderarmknochen bei 13 Männern und 5 Weibern. In einem Falle bestand eine doppelseitige Fractur der Vorderarmknochen. 1 Mal war in Folge eines draussen angelegten Gipsverbandes eine tiefgehende Gangraen der Flexorenseite des Vorderarmes eingetreten. Dieselbe hatte oberflächlich eine Ausdehnung von 1½ Zoll Länge und ½ Zoll Breite und erstreckte sich in der Tiefe bis zum Flexor digitorum communis sublimis.

Der Fall betraf die X., Anna, 2 Jahre alt, aus Cöln, am 29. April 1875 aufgenommen, entlassen mit steifer verkrüppelter Hand.

3 Mal wurde eine schief geheilte Fractur beider Vorderarmknochen dem Hospital überwiesen. Jedes Mal wurde die Callusmasse wieder gebrochen, und der Vorderarm zwischen zwei gehörig wattirten Holzschienen eingegipst resp. eingekleistert. Die dauernde gerade Stellung des Armes gelang jedesmal.

Die Brüche beider Vorderarmknochen betrafen 5 Mal die Diaphysen, und 13 Mal das untere Ende der Vorderarmknochen.

33 Radiusfracturen kamen bei 25 Männern und 8 Weibern vor; alle betrafen das untere Ende des Radius. 3 Mal kamen schief geheilte Fracturen des untern Radiusendes nachträglich in die Hospitalbehandlung. In der Cloroformnarcose wurde die Infraction des Bruches versucht und jedes Mal erzielt, und hierauf ein Gipsverband angelegt.

Einmal war die Radiusfractur complicirt mit Beckenfractur.

5 Fracturen der ulna allein, bei 4 Männern und 1 Weibe, kamen zur Beobachtung, zwei Mal der Diaphysis und drei Mal des Olecranon. In einem dieser 3 Fälle, welcher frisch in Behandlung kam, reichte man aus mit einem Gipsverbande bei gestrecktem Vorderarme.

In den beiden andern Fällen bestand die Fractur schon länger, und musste die Malgaigne'sche Klammer angelegt werden.

Ulhaas, Ferdinand, 15 Jahre alt, Fractura olecrani, am 22. Juni 1875 aufgenommen. Patient behauptet, ein Mann sei

gegen seinen an die Brust angestemmten gebeugten rechten Ellenbogen gerannt; dabei habe er augenblicklich einen heftigen Schmerz im betreffenden Ellenbogen empfunden.

Am nämlichen Tage wurde Patient aufgenommen und die Fractura olecrani nachgewiesen. Das Olecranon ist stark nach oben gezogen. Verband in Extensionsstellung. Vollständige Heilung. 22. Juli entlassen.

Mann, Jacob, 17 Jahre alt.

Dieser Fall verdient insoweit besonderes Interesse, als die Haut sich zwischen die beiden Fracturenden bei Extension des Armes wie eine tiefe Tasche einsenkte. Mit Mühe gelang es, diese Hauttasche aus ihrer Einklemmung durch Zug der umgebenden Haut zu entwickeln.

Es wurden ober- und unterhalb des Gelenkes Kautschuk-Riemen angelegt und mittelst der Malgaigne'schen Klammer diese Riemen und mit ihnen die Fragmentenden einander genähert.

Bei der Entlassung waren die Fragmentenden durch fibröse Massen genähert.

Der dritte Fall wurde ebenso wie der 2. behandelt, mit dem nämlichen Resultat.

Die beiden andern Male betraf die Fractur die Diaphysis. Die Fracturen des Vorderarmes wurden zumeist mit Gipsverband behandelt. Angenehmer ist für den Patienten der auch sehr häufig in Anwendung gezogene Kleisterpappeverband, indem derselbe lange nicht so schwer zu tragen ist. Jeder Gipsverband am Vorderarm wird nach 10 Tagen entfernt, um zu sehen, wie die Stellung der Fragmente ist, und eine etwaige Deviation durch einen neuen, zweckmässigen Verband zu corrigiren.

6 Fracturen

eines oder mehrerer Metacarpalknochen, bei 5 Männern und 1 Weibe sind verzeichnet. Bei allen wurden Vorderarm und Hand immobilisirt und in einigen Wochen vollständige Heilung erzielt.

Offene, nicht mit Knochenbrüchen complicirte Verletzungen 91, bei 79 Männern und 12 Weibern.

Offene Wunden der Weichtheile 80 Mal.

Schnittwunden.

54 Schnittwunden resp. Stichwunden und zwar bei 48 Männern und 6 Weibern.

6 des Oberarmes; zu einer gesellte sich Lymphangoitis.

14 des Vorderarmes; 4 Mal war die Arteria radialis geöffnet und musste central und peripher unterbunden werden, und 2 Mal die Arteria ulnaris.

34 der Hand und der Finger, von welchen eine tödtlich endete am 2. Tage nach der Aufnahme in Folge von Trismus, der schon bei der Aufnahme bestand.

Die hier in Rede stehende Verletzung ist eine Schusswunde; ich führe sie an dieser Stelle mit an, weil sie nicht, wie die später zu besprechenden, mit Verletzung des knöchernen Gerüstes complicirt war.

Ruschel, Mathias, 25 Jahre alt, Dachdecker aus Trier, 18. December aufgenommen mit Trismus und Tetanus. Patient schoss sich am 13. December einen Schrotschuss in die linke Hand. Die Schrotkörner wurden von dem behandelnden Arzte alle entfernt.

Am 16. December bemerkte Patient plötzlich Schmerzen in der Wange, es gesellten sich bald tonische und clonische Krämpfe hinzu.

18. December Aufnahme. Es bestand das ausgeprägte Bild eines acuten Tetanus, vor Allem hochgradigster Opisthotonus.

Temperatur dauernd sehr hoch.

Section ergab Nichts, als grossen Blutreichthum der Sinus; kein Hydrops in den Ventrikeln. In der Wunde war kein Schrotkorn.

6 Mal wurden die Sehnen verletzt und 1 Mal die Sehnenscheide eröffnet.

Die offenen Wunden wurden im Anfange des Jahres alle nach Lister, nachher nur nach Thiersch behandelt. Diese Wunden sind zum Theil grössere Verletzungen. Da indess die Unterscheidung zwischen schweren und leichten Verletzungen höchst individuell ist, so habe ich selbige hier pêle-mêle zusammengeworfen. Bei den meisten derselben war die Ausdehnung eine grössere, oder es bestand eine stärkere Blutung, oder aber es drang die Wunde sehr tief ein.

25 Quetschungen mit ausgedehntern Zerreissungen in Folge von Verletzungen durch Maschinen kamen bei 23 Männern und 2 Weibern zur Beobachtung. 2 Mal war der Oberarm der verletzte Theil; ein Fall fand schon Erledigung bei der Besprechung einer Verletzung der Art. subclavia, er führte zum Tode.

2 Mal der Vorderarm und

21 Mal die Hand resp. die Finger bei 19 Männern und 2 Weibern. In keinen von diesen Fällen war ein Gelenk eröffnet oder ein Knochen mit verletzt. Trotzdem waren zum grössten Theile schwere Verletzungen, und meist durch Maschinengewalt herbeigeführt. Ich habe gesagt, ohne Gelenk- resp. Knochenverletzung; besser würde ich sagen, ohne dass eine Knochenverletzung resp. Gelenkverletzung nachgewiesen war. Ich präge meinen Assistenzärzten stets ein, sich nicht viel Mühe damit zu geben, eine solche Verletzung zu constatiren, und nicht etwa mit der Sonde oder mit dem Finger gleich herum zu suchen. Ein einziger Blick sagt ja genug, und entscheidet über die Frage, ob conservative Behandlung oder eine eingreifendere Methode am Platze ist.

Das Herumsuchen und Bewegen insultirt die Wunde, bringt dieselbe in Berührnng mit inficirenden Händen und Instrumenten und befriedigt allerdings unsere Neugierde, bringt aber dem Patienten keinen Nutzen. Es ist daher möglich, sogar wahrscheinlich, dass unter den bisheran als einfache Weichtheilwunden aufgezählten Verletzungen sich Knochen- und Gelenkverletzungen mit vorfinden.

Ich füge eine Krankengeschichte bei, welche einen Beweis giebt, wie sehr es im hiesigen Hospitale vermieden wird, eine etwaige Gelenkverletzung vorher bestimmt zu diagnosticiren in den Fällen, in welchen eine Erhaltung des Gelenkes auf conservativem Wege, selbst wenn es eröffnet ist, angestrebt wird.

Weber, Heinrich, 34 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, erhielt am 17. Febr. einen Stich mit einem Messer in die Gegend des rechten Handgelenkes. Das Messer drang so tief ein, dass Patient meinte, es müsse nahezu an der andern Seite durchdringen; dasselbe konnte nur mit einiger Gewalt extrahirt werden.

Behandlung. Abspritzung mit Carbolsäurelösung und Lister'scher Verband. Nach einem Monat geheilt entlassen.

Es wäre in diesem Falle sehr interessant gewesen zu constatiren, ob das Gelenk verletzt war oder nicht, zumal der nachherige Verlauf so ausserordentlich günstig war, dass er Jeden, welcher den Fall nicht gesehen hat, oder etwas skeptisch ist und nicht auf die antiseptische Verbandmethode so unbedingt schwört, zu dem Schlusse veranlassen würde, dass das Gelenk in diesem Falle ganz sicher unverletzt war, wiewohl ich allerdings beim Verbinden und auch jetzt noch für mich die Ueberzeugung habe, dass das Gelenk der Oertlichkeit halber, wo die Stichwunde sass, verletzt gewesen sein muss.

Indess, wie angenehm es mir auch augenblicklich wäre, wenn ich mich von der Verletzung des Gelenkes überzeugt hätte, so glaube ich doch nicht, in einem ähnlichen neuen Falle berechtigt zu sein, das Gelenk zu untersuchen, dabei frische Verlöthungen zu zerreissen, und dasselbe mit einem Finger, welcher des Tages über schon mit Infectionsstoffen in Berührung gekommen ist, in Contact zu bringen. Wer weiss, ob trotz der Heilkraft des Verbandes dieser junge Mann nicht ein Opfer der Neugierde geworden wäre.

Einen Fall möchte ich hier noch erwähnen, weil er einen Beweis dafür liefert, wie sehr die Natur Alles noch zu verwenden sucht, was dem Beobachter ganz unbrauchbar erscheint.

Müller, Johann, 6 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 31. Mai 1875 von einem Lastwagen überfahren und gleich dem Hospital überwiesen. Die Haut des 4. und 5. Fingers ist wie ein Handschuhfinger abgestreift und hängt nur noch mittelst einer schmalen Brücke mit der Haut des Dorsum manus zusammen.

Behandlung. Die Haut wird so gut es eben geht um die Finger gezogen und hierauf der Verband nach Thiersch angelegt.

1\. Juni. Abends, Temp. 39,8; ein Theil der Haut des kleinen Fingers ist gangränös geworden.

10\. Juni. Der gangränöse Theil der Haut des 5. Fingers hat sich abgestossen, der übrige Theil an beiden Fingern hat sich scheinbar höchst zwecklos auf den Rücken der Finger gelegt, ist indess lebensfähig.

30. Juni. Die Haut wird allmälich immer mehr um die etwas klumpigen Finger herum gezogen und bedeckt schon den grössten Theil derselben.

13. August geheilt entlassen.

Eine Bisswunde kam bei einem Manne zur Beobachtung. Sie rührte von einer Katze her, war nicht bedeutend und heilte schnell.

5 Fälle von Verletzungen sind vorgekommen, in denen der verletzende Körper mehr oder minder längere Zeit in der Wunde retinirt geblieben ist. 2 Männer und 3 Weiber.

3 Mal war es eine Nadel; eine hatte schon 14 Tage in der vola manus gesessen, ohne die geringste Beschwerde zu machen, so lange die Hand nicht bewegt wurde; 1 Mal eine Haarnadel, und ein fünftes Mal ein $1\frac{1}{2}''$ langer und $\frac{1}{3}''$ breiter Glassplitter. Der Glassplitter war dem Knaben vor 5 Wochen beim Fallen mit einer Flasche oberhalb des Handgelenkes in die Volarseite des Vorderarmes eingedrungen. Der hinzugerufene Arzt stillte die Blutung, suchte vergebens nach einem Fremdkörper und heilte die Wunde zu. Der kleine Patient hatte dauernd heftige Schmerzen bei Bewegungen und bei Druck auf die Narbe.

An der Radialseite der Volarfläche des Vorderarmes befindet sich über dem Handgelenke eine $\frac{1}{2}''$ lange der art. radialis parallel verlaufende, feste, auf Druck schmerzhafte Narbe. Die Infiltration erstreckte sich bedeutend in die Tiefe.

Incision und Entfernung des oben beschriebenen Glassplitters, der zwischen den oberflächlichen und tiefen Beugemuskeln gesessen hatte. Derselbe hatte absolut keine Entzündung in der Umgebung hervorgerufen, er belästigte den Patienten nur durch Schmerz bei Action der Flexoren, oder auch wenn die Hand dorsal flectirt wurde.

In einem Falle wurde am zweiten Tage amputirt.

Huffacker, Peter, 16 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, kam am 16. November in eine Druckwalze. Die Haut des Vorderarmes war sehr stark gequetscht und über dem Ellenbogen circulär abgerissen. Auch die Muskulatur war stark verletzt. Es

stellte sich am 17. November ausgedehnte Gangraen der Haut ein, so dass an ein Erhalten derExtremität nicht mehr zu denken war; ausserdem zeigten sich deutliche pyaemische Symptome, weshalb die Amputation unmittelbar über dem Ellenbogengelenk gemacht werden musste.

Verband nach Lister.

Es stellte sich eine weitere ausgedehnte Gangraen des den Amputationsstumpf bedeckenden Lappens ein. Der Verlauf war sonst ein günstiger, indess musste am 31. December eine Nachamputation gemacht werden. Geheilt entlassen 10. Febr. 1875.

Verbrennungen der oberen Extremitäten sind 5 beobachtet, 2 bei Männern und 3 bei Weibern.

Zwei derselben waren sehr ausgedehnt und tief gehend.

Neuroth, Joseph, 23 Jahre alt, Fassbinder aus Lülsdorf, am 23. November 1875 aufgenommen mit Verbrennung der Volarfläche des ganzen Vorderarmes. Die Verbrennung war sehr ausgedehnt und I. und II. Grades. Die Behandlung bestand in permanennten Bädern resp. hydropathischen Umschlägen.

13. December gebessert entlassen.

Buchen, Leon., 50 Jahre alt, aus Luxenburg, 20. Decemb. 1875 aufgenommen mit einer durch Benzin erfolgten Verbrennung. Die Verbrennung hatte vor 8 Wochen stattgehabt und den ganzen Vorderarm eingenommen. Bei der Aufnahme war der Vernarbungsprocess schon soweit vorgeschritten, dass nur noch ein circa 8 cm. breites gürtelförmiges Geschwür um den Vorderarm herumlief.

Die weitere Heilung ging ohne jede Störung von statten unter der Darreichung von warmen Bädern und Touchiren mit Lapis, so dass am 3. Februar 1876 bei der verlangten Entlassung das Geschwür höchstens noch 2 cm. breit war, und auch wohl eine endliche Heilung in Aussicht stand.

Eine einzige oberflächliche Erfrierung mit Blasenbildung an allen Fingerspitzen kam zur Beobachtung bei 1 Manne.

Complicirte Verletzungen, das heisst offene Verwundungen mit nachgewiesener Verletzung der Knochen resp. Eröff-

nung von Gelenken, kamen zur Beobachtung 44 Mal, bei 40 Männern und 4 Weibern.

Es sind im Ganzen 24 complicirte Knochenbrüche und Gelenkeröffnungen an Hand und Fingern verzeichnet bei 21 Männern und 3 Weibern. Dieselben waren meist Folge von Verletzungen durch Maschinen. Zähle ich hierzu die 21 Verletzungen der Hand und Finger, die nicht mit Knochenbrüchen resp. Gelenkeröffnungen complicirt aber meist ausgedehnt waren und schwere Verletzungen genannt werden mussten, indem es bald extensive Riss-, bald grosse Schnittwunden mit Eröffnung von Sehnenscheiden resp. Durschschneidung von einzelnen Sehnen waren, so verfügen wir über 45 schwere Hand- resp. Fingerverletzungen. Dieselben wurden alle nach Thiersch behandelt und die betroffene Extremität rep. der betreffende Theil derselben durch ein Handbrett immobilisirt. Es wurde niemals ein Finger primär amputirt, es sei denn, dass derselbe etwa an einer Sehne hing; und es war wunderbar zu sehen, wie einzelne nur noch an einem Hautfetzen hängende Finger nachher noch anheilten und der Hand später eine bessere Handhabe gewährten.

Von diesen 45 Fällen starb mit Ausnahme des mit Trismus aufgenommenen und im Hospitale verstorbenen Schussverletzten kein Einziger; es stellte sich nur einmal nachher eine Sehnenscheidenentzündung ein, welche von einer necrotisch gewordenen Phalanx ausging.

Roentz, Joh. 28 Jahre alt, Eisenbahnarbeiter; Dilaceratio des 4. und 5. Fingers der rechten Hand. Der 5. Finger ist von seiner Haut ganz entblöst und baumelt nur noch.

Conservirende Behandlung und Verband nach Thiersch.

Vier Wochen nach der Verletzung spürte Kranker Schmerzen im Vorderarme. Es war eine Sehnenscheidenentzündung eingetreten, wegen deren eine Doppelincision nöthig und eine Drainageröhre durchgeführt wurde.

Als Grund wurde eine cariöse Entzündung des zweiten Phalangealgelenkes entdeckt, und letzteres daher resecirt.

Der Verlauf war von jetzt ab sehr günstig. 26. März geheilt entlassen.

In allen übrigen Fällen traten gar keine oder nur geringfügige Reactionserscheinungen ein; die Temperatur hat selten 38,0 überschritten.

Machte sich bei sehr ausgedehnter Quetschung und Zerreissung in den ersten Tagen, während der Abstossungszeit des necrotisch gewordenen Gewebes, eine Steigerung des Fiebers bemerkbar, so ging ich regelmässig zur offenen Behandlung über, bis dies Fieber vorüber und die Eiterung eine geringe war, worauf ich dann wieder zu der trockenen Methode griff.

Im Allgemeinen war es sehr selten nöthig, dass die offene Behandlungsmethode in Anwendung gezogen werden musste. Selbst bei ganz ausgedehnten Zerschmetterungen brauchte trotz der starken Necrotisirung des zerrissenen Gewebes und trotz der anfänglich sehr profusen Eiterung nur sehr selten der Verband gewechselt zu werden.

Durchschnittlich wird der Verband alle 8, oft nur alle 14 Tage gewechselt.

In 6 Fällen mussten noch nachträglich necrotische Splitter und in einem Falle sogar die ganze 1. und 2. Phalanx des 4. Fingers entfernt werden.

Mischlewski, Franz, 31 Jahre alt, Bremser aus Marienwerder, 19. August 1875 aufgenommen, 19. November 1875 geheilt entlassen.

Patient war mit der rechten Hand zwischen zwei Eisenbahnwagen gerathen. Die Weichtheile derselben waren stark zerrissen und zerquetscht, die Haut war am 3., 4., und 5. Finger zerrissen und abgeschält, das Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx des 4. Fingers geöffnet und theilweise zersplittert.

Behandlung. Benzoëverband.

15. September. Bis jetzt sehr gut; kein Fieber, 4. Finger ist indess stark geschwollen, die 1. und 2. Phalanx sind necrotisch.

12. October. Die 1. und 2. Phalanx werden entfernt.

19. November entlassen mit sehr verkürztem 4. Finger. Wunde ist zugeheilt.

Raedelschürz, Joseph, 20 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, mit Dilaceratio manus sin. am 12. Mai 1875 aufgenommen, geheilt entlassen am 22. Juni 1875.

Die linke Hand des Patienten wurde von einer Kreissäge gefasst, und der Daumenballen zerrissen.

Stat. praes. Zerreissung des Damenballens links. Zersplitterung des Metacarpus und Eröffnung von 2 Metacarpo-Phalangealgelenken. In meiner Abwesenheit entfernte mein Assistenzarzt Herr Dr. Krabbel die losen Knochensplitser, legte einige Nähte an und leitete gleich die Berieselung ein.

In den ersten Tagen fieberte Patient stark.

13. Juni Eiterung gering, daher trockener Verband.

22. Juni auf Wunsch entlassen.

In einem Falle war die Verletzung eines Fingers so stark, dass ich die Erhaltung für eine zwecklose hielt, selbst für den Fall, dass die Conservirung nicht durch die scheinbar nothwendiger Weise eintretende Necrotisirung des Fingers schädlich auf den ganzen Organismus einwirken sollte; und trotzdem trat weder das eine noch das andere ein.

Antenrich, Karl, 22 Jahre alt, Bremser aus Carlsruhe, 3. November 1875 aufgenommen, 16. Februar 1876 geheilt entlassen.

Patient gerieth mit der rechten Hand zwischen zwei Kammräder, der 4. und 5. Finger sind abgerissen, der 3. Finger 2 Mal fracturirt in der 1. und 2. Phalanx, die Haut abgeschält und eine Sehne zerrissen. Der Finger baumelt mehrere Male geknickt umher; Zeigefinger weniger, Daumen gering verletzt. Die Sehnen am Handrücken liegen bloss.

Behandlung. Benzoëverband.

Verlauf sehr günstig.

16. Februar geheilt entlassen. Der Mittelfinger wird beweglich werden, ist es bereits zum Theil für die 1. und 2. Phalanx, hat aber jetzt noch eine klumpige Form.

In zwei weiteren Fällen wurde die Berieselung vom Beginn an gemacht.

Kessel, Jacob, 17 Jahre alt, Heizer aus Cöln, gerieth mit der linken Hand in eine Maschine.

15. Mai 1875. Es besteht eine ausgedehnte Verletzung des ganzen Handrückens. Die Sehnen und Muskeln auf dem Handrücken und der Dorsalseite des Vorderarmes sind zerrissen. Das

Gelenk zwischen Metacarpus und Handwurzelknochen ist in der ganzen Ausdehnung geöffnet.

Behandlung. Salicylberieselung.

23. Juni fast geheilt entlassen, nachdem Patient 8 Tage trocken behandelt worden ist.

Fuhrmann, Barth. 25 Jahre alt, Zimmermann aus Cöln, mit Dilaceratio manus aufgenommen am 28. Juli 1875.

Patient wurde von einer Kreissäge gefasst. Der Daumen ist zerfetzt, die letzte Phalanx ganz fortgerissen, ferner fehlt am 2. Finger die 2. und 3. Phalanx, und am 3., 4. und 5. Finger ist die Haut zum Theil gerissen und abgelöst; zwei Gelenke sind geöffnet.

Behandlung. Salicylberieselung.

9. August. Die Eiterung ist gering, trockene Salicylbehandlung.

1. September geheilt entlassen.

In drei Fällen wurde anfänglich die trockene Verbandmethode befolgt; es stellte sich indess nachher Fieber ein, und musste dieserhalb zur offenen Verbandmethode übergegangeu werden.

Schlömer, Peter, 16 Jahre alt, aus Hemmersbach, gerieth am 1. Juli in eine Dreschmaschine. Die Haut war am Rücken des Handgelenkes sowie zu einem grossen Theile an der Volarseite durchtrennt, die Sehnen und die übrigen Weichtheile waren zerrissen, das Gelenk in der ganzen Ausdehnung geöffnet, die Handwurzelknochen zersplittert.

Anfangs trockener, nachher offener Verband.

Dieser Fall fand schon seine Erwähnung.

Kelter, Joh., 25 Jahre alt, Tagelöhner aus Weiss, aufgenommen am 1. September 1875, kam zwischen zwei Kammräder. Es bestand eine collossale Zerreissung und Quetschung des linkeu Unterarmes bis zur Grenze des obern Drittels, so dass an eine Erhaltung nicht zu denken war.

Es wurde die Amputatio antibrachii dicht unterhalb des Ellenbogengelenkes gemacht. Benzoëverband.

2. September. Abends Temp. 40. Wechsel des Verbandes.

3. September. Temperatur noch sehr hoch, daher Berieselung.

Von diesem Augenblicke ab war der Verlauf ein guter. Nach 5 Wochen wurde bei Abnahme des Eiters zum trockenen Verbande übergegangen. Das Radiusköpfchen hatte sich während der Dauer der offenen Behandlung förmlich gedreht, so dass die Gelenkfläche nach unten sah. Ich vermeide indess stets in der Entzündungsperiode jede Irritation der Wunde, wie sie durch die Entfernung des Köpfchens doch hätte hervorgebracht werden müssen, und wie sie auch einmal bei einem Versuche seitens des Assistenzarztes vorübergehend auftrat; desshalb kümmerte ich mich einstweilen nicht um den vorstehenden Knochen. Der Verlauf war ein günstiger, nur das vorstehende Radiusköpfchen wollte sich nicht übernarben; ich war daher genöthigt, am 7. Januar 1876 dasselbe auszuschälen.

10. Februar 1876 geheilt entlassen.

Ich schliesse hieran einen Fall, in welchem das Handgelenk auf dem ganzen Handrücken und um den Radialrand herumgehend auch noch etwas an der Volarseite der Extremität geöffnet war. Ueberliess man die Hand sich selber, ohne sie zu stützen, so drohte dieselbe, im Gelenk sich knickend, herunter zu fallen.

Behandlung nach Thiersch.

Der Verlauf war ein sehr günstigor. Der Verband wurde nur 4 Mal gewechselt. Nach 6 Wochen wurde ein necrotisches Stück eines Handwurzelknochens (Os naviculare) entfernt.

Schnorrenberg, Franz, 26 Jahre alt, Kaufmann aus Jüchen, aufgenommen am 9. December 1875.

Auf der Jagd sprang der Lauf des Gewehres, und ein Stück fuhr in das Gelenk.

Patient befindet sich augenblicklich noch mit fünfgroschenstückgrosser, schöner Granulationsfläche im Hospitale.

5 Fälle von Eröffnung des Ellenbogengelenkes kamen vor bei 5 Männern.

Rüsgen, Joseph, 26 Jahre alt, Kesselschmied aus Lengerich, wurde am 13. Mai 1876 von einer Kreissäge gefasst.

Eine $2^1/_2$" lange Wunde verlief an der hintern Seite des Ellenbogengelenks. Das Köpfchen des Radius lag frei, das Gelenk war eröffnet. Trockener Salicylverband.

1. Juni. Es bestand in den letzten Tagen dauernd eine abendliche Temperatursteigerung, heute 40,3, daher offene Salicylbehandlung.

5. Juni. Aus dem Gelenke entleert sich viel Eiter. Wunde sieht gut aus, die Temperatur stets hoch, das Fieber fällt allmälich. Wunde ist rein.

25. Juni geheilt entlassen.

Kulenberg, Hermann, 9 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 19. August 1875 aufgenommen mit Eröffnung des Ellenbogengelenks. Patient war von einem geladenen Handkarren überfahren worden.

Stat. praes. Es zeigten sich zwei Wunden am linken Ellenbogen, von denen die eine in's Gelenk führte, wie ich mit meinem Finger constatirte. Ich führe dieses an, weil der Verlauf Manchem, der den Fall nicht beobachtet hat, zu Zweifeln Veranlassung geben könnte. Doch dürfte diese hier gemachte Beobachtung, welche ich auch noch in einem zweiten Falle, an einem Schultergelenke, zu constatiren Gelegenheit hatte, die Behauptung von Prof. Volkmann, dass man ohne Gefahr sogar ein Gummidrain quer durch ein gesundes Knie ziehen dürfe, stützen.

Behandlung: Trockener Salicylverband.

Dieser Verband ward nicht erneuert bis zum 17. September, also erst 4 Wochen nach der Verletzung; während der ganzen Zeit hatte Patient kein Fieber.

21. September geheilt entlassen.

Ein dritter Fall, wobei das Gelenk eröffnet war und ein complicirter T bruch des untern Endes des Humerus bestand, wurde nachträglich amputirt, weil sich Gangraen des Vorderarmes einstellte.

Breuer, Heinrich, 14 Jahre alt, Dachdecker aus Cöln; wegen der complicirten Humerusfractur unter Capitel „Fracturen" abgehandelt.

Patient genass.

Bei einem vierten Falle stellte sich in der vierten Woche, als Alles auf's Beste zu verlaufen schien, plötzlich ein Schüttel-

frost ein, und die ausgeprägtesten Symptome von Pyaemie. Die schliessliche Exarticulatio humeri vermochte nicht das Leben des Patienten zu retten.

Hamacher, Peter, 18 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, gerieth am 9. März 1875 zwischen zwei Kammräder. Es ist nur die Haut in der Ellenbogenbeuge in der Breite von 2½ Zoll erhalten, während an der hintern Seite dieselbe durchtrennt, das Gelenk eröffnet und das Olecranon abgesprengt ist. Sensibilität normal, Puls ist vorhanden. Verband nach Lister.

23. März. Der Verlauf war gut bis zum 23.; es stellt sich plötzlich bei gut aussehender Wunde ein Schüttelfrost ein, der sich wiederholt.

28. März. Exarticulatio humeri.

5. April. Tod durch Pyaemie.

Haas, Thomas, 16 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, 16. October 1875 aufgenommen, 16. Januar 1876 geheilt entlassen.

Patient kam mit dem rechten Arme zwischen zwei Kammräder. Die Haut und Musculatur um die Ellenbogenbeuge waren gewaltig zerrissen und das Gelenk geöffnet, nur die äussere Seite unverletzt geblieben. Puls und Gefühlssinn gut.

Behandlung: Salicylverband.

17. October. Abends Temperatur 39,5. Verbandwechsel.

20. October noch stets hohes Fieber, daher Berieselung.

Von jetzt ab schwand das Fieber, der Verlauf wurde ein sehr günstiger.

16. November. Uebergang zum trockenen Verbande.

16. Januar. Geheilt entlassen mit guter activer Beweglichkeit.

6 Fälle von complicirten Vorderarmfracturen sind verzeichnet bei 6 Männern. Alle wurden geheilt entlassen.

Hilger, Mathias, 17 Jahre alt, aus Sülz.

Dieser Fall ist merkwürdig, weil der Verband nach 5 Wochen zum ersten Male gewechselt wurde, wobei es sich zeigte, dass trotz der gewaltigen Zerreissung die Wunde fast zugeheilt war.

4 complicirte Oberarm-Fracturen kamen zur Beobachtung, bei 3 Männern und 1 Weibe. Zwei wurden geheilt entlassen;

einer kommt nachher zur Sprache bei den Verletzungen der untern Extremität. Dieser Fall endigte letal in Folge von Pyaemie. Es war Paffrath, Wilhelm, Fabrikarbeiter, 17 Jahre alt, aus Poll, aufgenommen am 12. Februar 1875.

Der Vierte kam schon zur Sprache bei den Ellenbogengelenkeröffnungen; er endigte ebenfalls letal durch Pyaemie. Vide Hartmann.

Von den beiden geheilten complicirten Oberarmfracturen betraf der eine Fall ein Mädchen.

Gross, Agnes, 15 Jahre alt, aus Cöln. Ihr Arm wurde am 16. April 1875 von einer Maschine gefasst und oberhalb des Ellenbogens complicirt gebrochen. Das eine Fragment hatte die Musculatur des Armes an der Aussenseite etwas unterhalb der Mitte durchbohrt. Aus der Oeffnung quoll sehr reichlich Blut aus.

Behandlung nach Lister und permanente Extension. Der Verband wurde nur 1 Mal in 4 Wochen gewechselt.

9. Juni 1875 geheilt entlassen.

Es ist dies der einzige Fall, in welchem bei einer complicirten Fractur unter Behandlung nach Lister nur eine einmalige Erneuerung des Verbandes nöthig ward.

Der andere betrifft:

Breuer, Heinrich, 14 Jahre alt, Dachdecker aus Cöln, 16. November 1875 aufgenommen, 6. Februar 1876 geheilt entlassen.

Patient fiel von der dritten Etage herunter.

Dicht über den Condylen ist der Humerus gebrochen, und ragt das obere Bruchende 2 Zoll weit aus einer 3 Zoll langen zerfetzten Wunde hervor. Das Gelenk ist scheinbar nicht verletzt. Radius ebensfalls am untern Ende fracturirt.

Benzoëverband. Abends Temperatur 40.

17. November beginnende Gangraen, Gefühllosigkeit und Kälte im Arme. Amputatio humeri mit Periost-Lappenbildung und Vernähung. Vom Augenblicke der Amputation ab keine Temperaturerhöhung mehr.

Patient wurde 3 Mal verbunden.

4. Januar trockener Charpieverband. Heilung ohne Fistel. 6. Februar entlassen.

Es sind 2 Fälle, bei 2 Männern, von Eröffnung des Schultergelenkes beobachtet worden.

Der eine ist wiederum sehr interessant wegen der höchst geringen Reaction, welche er hervorrief.

Penning, Wilhelm, 27 Jahre alt, Photograph aus Bonn, erhielt in einem Streite einen Stich in's linke Schultergelenk; das Schultergelenk war eröffnet, und doch trat absolut kein Fieber und keine entzündliche Schwellung des Gelenkes ein.

Behandlung: Salicylverband.

Der Verband wurde erst nach 4 Wochen gewechselt.

Während des ganzen Verlaufes war kein Fieber eingetreten, Patient wurde nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Der andere Fall erhielt schon seine Besprechung im allgemeinen Theile.

Schmitz, Johann, 33 Jahre alt, aus Weilerswist, wurde aufgenommen mit Luxatio complicata humeri.

Aufgenommen am 30. Januar 1875, starb an Septicaemie 7. Februar 1875.

Drei Schussverletzungen bei 3 Männern kamen vor mit Complication.

Ein Mal drang die Kugel durch die Hand.

Faust, Peter, 42 Jahre alt, (vide allgemeiner Theil), wurde secundär amputirt.

Geheilt entlassen.

Herlett, Louis, Kellner; bei diesem drang die Kugel durch den Zeigefinger, die zweite Phalanx war zersplittert. Behandlung nach Lister.

Bei dem Dritten war ein Metacarpalknochen zersplittert.

Verlauf günstig.

Entzündliche Processe.

Entzündliche Processe 171, bei 111 Männern und 60 Weibern.

Acute Entzündungen der obern Extremität 81, bei 63 Männern und 18 Weibern.

Erysipelas kam, an der obern Extremität entstanden, 4 Mal vor, bei 4 Männern; von diesen endigte ein Fall tödtlich. Derselbe fand schon seine Besprechung.

Es ging hier das Erysipel von einer Verletzung des Schleimbeutels über dem Olecranon aus.

Montinalli, Carl, 52 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, mit Erysipelas antibrachii aufgenommen am 24. August; 29. August Tod.

Das zweite Erysipel ging ebenfalls von einer Verletzung dieses Schleimbeutels aus.

Hirschbach, Wilhelm, 36 Jahre alt, 19. Juli aufgenommen mit Erysipel am 3. Tage nach der stattgehabten Verletzung; 29. Juli geheilt entlassen.

Schlömer, Peter, 17 Jahre alt, wurde entlassen mit fast verheilter complicirter Handgelenkverletzung und kehrte nach einigen Tagen wieder mit Erysipel, am 6. October.

22. October geheilt entlassen.

Furunkel

kam 1 Mal an der obern Extremität zur Beobachtung, bei einem Manne,

Carbunkel

ebenfalls 1 Mal bei einem Manne; derselbe hatte im Gefolge Erysipelas, Septicaemie. Vide Septicaemie.

Breuer, Joh., 54 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln.

14. October 1875 aufgenommen mit Panaritium, wegen dessen eine Incision gemacht wurde.

17. October. Die Wunde am Finger ist verheilt, indess am Ellenbogen hat sich eine Carbunkel gebildet. Behandlung: sternförmige Incision und Verband mit Ferrum sesquichlorid.

Abends ist die Temperatur sehr hoch, es besteht um den Carbunkel herum eine erysipelatöse Röthung, welche sich allmälich immer mehr ausdehnt.

21. November. Temperatur ist dauernd sehr hoch, Delirium.

23. November. Tod.

Panaritium

kam 37 Mal zur Beobachtung, bei 28 Männern und 9 Weibern.

Sehr häufig kamen die betreffenden Patienten erst in Hospital-Behandlung, nachdem das Leiden schon längere Zeit bestanden hatte und vernachlässigt worden war.

11 Mal hatte eine Eitersenkung sich auf die Vola manus uud den Vorderarm ausgedehnt, so dass mehrmalige Incision nöthig war.

In solchen Fällen ist es stets geboten, in der Chloroformnarcose lange Einschnitte zu machen, mit dem Finger alle Eiterungen wie bei der mastitis aufzusuchen, zu spalten und Drainageröhren durchzuführen, um auf solche Weise zu verhindern, jeden Augenblick neue und abermals neue Incisionen machen zu müssen.

9 Mal musste bei Panaritium periostale eine Phalanx entfernt werden.

Phlegmone.

9 Fälle von Phlegmone des Armes bei 9 Männern sind verzeichnet. 2 Mal war der Vorderarm, 1 Mal der Oberarm, 5 Mal Oberarm und Vorderarm im Gefolge von Entzündung der bursa olecrani, und 1 Mal die Vola manus betroffen. In dem einen Falle war die Phlegmone eine septische.

Becher, Gerhard, 42 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 29. Januar 1875 mit Phlegmone des Oberarmes aufgenommen.

Die Haut war glänzend roth, stellenweise fluctuirend, stellenweise hart infiltrirt.

Patient fieberte stark, hatte eine ganz trockene Zunge und delirirte.

Behandlung. Ich machte an den fluctuirenden Stellen Incisionen, und dehnte diese nachträglich auf die ganze Länge der gerötheten Haut aus. Hierbei wurde nur wenig Eiter, mehr Pfröpfe von zerfallenen Fascien entleert.

Das Ganze löffelte ich nachträglich mit dem scharfen Löffel aus, und pfropfte die Höhle voll mit in Eisenchloridlösung getränkter Charpie.

27. März geheilt entlassen.

Sehnenscheidenentzündung.

3 Mal kam, bei 1 Manne und 2 Weibern, spontane eine Eiterung einer chronischer Sehnenscheidenentzündung zur Beobachtung; einmal betraf diese Entzündung die gemeinschaftlichen Sehnenscheiden der Flexoren des Vorderarmes und der Hand, und einmal die Sehnenscheiden der Extensoren auf dem Vorderarme und dem Handrücken.

Im dritten Falle entzündete sich ein Ganglion des Handrückens.

Etzold, Peter, 17 Jahre alt, Klaviermacher, aus Aue bei Heitz, 16. August aufgenommen.

Seit 10 Tagen Schmerzen auf der Dorsalseite des Handgelenkes. Eine Anschwellung, welche schon lange auf dem Rücken der Hand bestanden hatte, wurde schnell grösser und sehr schmerzhaft. Bei der Aufnahme wurde eine Incision gemacht und Eiter entleert. Salicylverband.

18. September geheilt entlassen.

Frau Friedenreich, 47 Jahre alt, aus Solingen, 31. Mai 1875 aufgenommen, 30 Juni geheilt entlassen.

Patientin leidet seit 3 Jahren an einer Anschwellung in der Vola manus. Vor einigen Wochen nahm dieselbe plötzlich zu und wurde schmerzhaft.

Bei der Aufnahme standen die Finger krallenartig und es zeigte sich eine starke Anschwellung der ganzen Volarseite der Hand und des Vorderarmes, die allerdings ihren Höhepunkt in der Vola manus und oberhalb des Ligamentum carpi volare erreichte. Die Behandlung bestand darin, dass an mehreren Stellen Incisionen gemacht und dem Eiter hinlänglich Abfluss verschafft wurde. Durch den Sehnenscheidensack legte ich ein Drainagerohr.

30. Juni auf Wunsch entlassen, nachdem die Besserung schon bedeutend vorgeschritten war. Die Finger fingen an, wieder beweglich zu werden.

Bursitis olecrani purulenta.

Bursitis olecrani purulenta kam 5 Mal bei 5 Männern zur Beobachtung, und jedesmal nach einer Verletzung; 2 Mal führte dieselbe zu einem Erysipelas.

Verletzungen dieses Schleimbeutels führen meist zur Eiterung desselben, und zur Entzündung der ganzen Umgebung. Bei allen 5 Fällen entwickelte sich trotz der kleinen vielleicht auch besser gesagt wegen der kleinen Verletzung — eine grössere Verwundung und Freilegung des ganzen Schleimbeutels würde dies wahrscheinlich nicht gethan haben — eine heftige phlegmonöse Entzündung in der Umgebung.

Bubones axillares.

13 Bubones axillares bei 9 Männern und 4 Weibern kamen zur Beobachtung; und zwar 5 Mal war es eine einfache acute Drüsenentzündung mit Uebergang in begrenzte Eiterung der afficirten Drüsen; 3 Mal zeigte sich der Bubo unter dem Bilde einer tuberculösen Drüsenentzündung mit käsiger Ablagerung; und 5 Mal mit gleichzeitiger phlegmonöser Infiltration des lockern Zellgewebes der Achselhöhlen.

Bei allen Formen dieser Drüsenentzündungen empfiehlt sich, sobald der Uebergang in Eiterung resp. in käsigen Zerfall eingetreten ist, die Auslöffelung, speciell bei der letzten Form der Entzündung.

Wie hartnäckig diese Drüsenentzündungen gerade in der Achselhöhle sind, ist zu bekannt, als dass ich weiter darauf einzugehen brauche; mit dem scharfen Löffel gelingt es indess meist, den Process auf ein Minimum der Zeit abzukürzen.

Lymphangoitis.

Lymphangoitis kam 8 Mal zur Beobachtung, stets bei peripherer Entzündung, bei 5 Männern und 3 Weibern.

Chronische Entzündungen

sind 90 Mal verzeichnet, 48 Mal bei Männern und 42 Mal bei Weibern.

Ekzema manus.

Ekzema manus resp. brachii kam 17 Mal zur Beobachtung, bei 10 Männern und 7 Weibern. Die Behandlung bestand entweder in hydropathischen Umschlägen oder in zweimaligem Abseifen, Morgens und Abends, und Auflegen von ungt. Hebrae.

Chronische Sehnenscheidenentzündungen.

Chronische Sehnenscheidenentzündungen in den Sehnen des extensor digitorum communis als sogenanntes Ganglion sah ich im verflossenen Jahre 5 Mal, bei 2 Männern und 3 Weibern. Die Behandlung bestand in Zerdrücken des Ganglion; ob die dadurch erzielte Heilung eine dauernde ist, lasse ich dahingestellt;

in der Sehne des extensor pollicis 4 Mal, 2 Mal bei Männern und 2 Mal bei Weibern. Die Immobilisirung von Vorderarm und Hand incl. des Daumens durch Gipsverband führte in 14 Tagen zur Heilung; und

als Hygroma des flexor commun. 2 Mal bei 2 Weibern.

Wenn dasselbe noch frisch war, beschränkte die Behandlung sich auf Ruhigstellung des Armes durch einen Gipsverband und Bepinselung des Gelenkes mit Jodtinctur durch ein im Gipsverbande angelegtes Fenster. In allen Fällen, mit Ausnahme von dreien, wurde hierdurch Heilung erzielt; in zweien von diesen dreien wurde der Kranke bedeutend gebessert entlassen, und in einem, in welchem bei Bewegungen des Armes grosse Schmerzhaftigkeit bestand, Crepitation zu fühlen und der Arm fast ganz steif war, die Resection gemacht.

Caries.

Caries an den Fingern wurde 10 Mal beobachtet und zwar bei 4 Knaben und 6 Mädchen; 2 Mal noch occult.

Die Behandlung beschränkte sich hier auf allgemeine Verbesserung der Constitution und Einpinselung von Jodtinctur.

Bei der offenen spina ventosa wurde stets die Phalanx mit dem scharfen Löffel ausgelöffelt und dadurch Heilung erzielt. Auf solche Weise gelingt es, den höchst langsam verlaufenden Process bedeutend abzukürzen.

4 Mal war es nöthig, da das benachbarte Gelenk mit afficirt war, dieses zu reseciren. Der Verlauf war in allen Fällen ein günstiger, nur wurde es in mehreren nothwendig, die Auslöffelung zu wiederholen.

Eiterige Entzündung der Fingergelenke kam 3 Mal, bei 2 Männern und 1 Weibe zur Beobachtung. 2 Mal habe ich das phalangometacarpal-Gelenk resecirt.

Falk, Gertrud, hatte seit 5 Wochen eine offene eitrige phalangometacarpal-Gelenk-Entzündung des 5. Fingers.

9. Juli. Resection der beiden Gelenkflächen und Verband nach Thiersch.

13. August fast geheilt entlassen.

10. Januar. Die damals noch vorhandene Fistel ist zugeheilt, und der Finger in dem betreffenden Gelenke beweglich.

Bei einem 4jährigen Knaben habe ich ebenfalls das 5. phalangometacarpal-Gelenk resecirt. Letzteres kommt zur Sprache bei den Auslöffelungen des Ellenbogengelenkes. Vide dort.

Greiser, Christian, 43 Jahre alt, Schichtmeister aus Grüneberg, 27. November 1875 aufgenommen.

Patient wurde vor 6 Wochen von einem Menschen in das 1. Gelenk des rechten Daumens gebissen. Es entstand eine eitrige Gelenkentzündung.

Behandlung. Resection der beiden phalangeal-Gelenkflächen.

Der Verlauf war ein günstiger.

23. December mit heilender Fistel entlassen.

20. Januar 1876. Patient stellt sich nochmals vor mit geschlossener Fistel.

Caries der Metacarpalknochen kam 4 Mal, bei 2 Männern und 2 Weibern, zur Beobachtung. Der betreffende Metacarpalknochen wurde ausgelöffelt; 2 Mal blieben nur die Epiphysen zurück. Das eine Mal heilte der Process rasch aus, während in dem andern Falle bis jetzt noch Fisteln bestehen.

Braun, 23 Jahre aus Cöln, leidet schon seit einem Jahrzehnt an Fisteln, welche auf den Metacarpalknochen des Mittelfingers führen. Mit der Sonde gelangt man auf bedeckten Knochen.

Bei der Resection ergab sich, dass in die Diaphysen des 3. Metacarpus zwei mit Granulationsgewebe ausgefüllte Canäle führten; necrotische Splitter fanden sich nicht. Die Diaphysen waren elfenbeinhart und weiss.

Da ich schon einen gleichen Fall am Metatarsus des Fusses und einen weitern an einem Metacarpus der Hand bei einem andern Patienten mit Glück operirt hatte, so machte ich die Resection der Diaphysen.

Der Verlauf war ein günstiger bis zu einem gewissen Punkte, bis zur Ausheilung einer Fistel. Diese wollte sich nicht

schliessen, und wird sich jedenfalls noch ein Knochensplitter abstossen. Dieser Fall stellt sich in Bezug auf den pathologisch-anatomischen Befund ganz und gar an die Seite einer Ostitis am Oberschenkel eines Knaben, welcher nachträglich zur Amputation kam. Vide dort.

Auch in diesem Falle lagen in dem elfenbeinharten stark vierfach verdickten Oberschenkelknochen einzelne nach aussen mündende Gänge, welche mit einem weichen Granulationsgewebe ausgefüllt waren. An zwei andern Stellen fand ich innerhalb des Knochens kleine, mit weichem Granulationsgewebe ausgefüllte Höhlen.

Rheumatismus des Handgelenkes.

Chronischer, im Handgelenk fixirter Gelenkrheumatismus kam 3 Mal zur Beobachtung, bei 2 Männern und 1 Weibe. In allen drei Fällen waren vorher auch mehrere andere Gelenke afficirt gewesen.

Die Gelenke wurden behandelt wie bei gewöhnlieher Handgelenkentzündung, mit Immobilisirung und Jodeinpinselungen.

Ein Fall endete tödtlich wegen gleichzeitiger tuberculosis pulmonum.

Entzündung des Handgelenkes.

Chron. Handgelenkentzündung kam 4 Mal, bei 2 Männern und 2 Weibern, zur Beobachtung; indess war einmal der Verlauf mehr ein subacuter zu nennen.

Das eine Mal, wo sie chronisch verlief, bei einem 5 jährigen Mädchen, war sie gepaart mit caries des 4. und 5. Metacarpalknochens. Auch war das Handgelenk nur an der Ulnarseite afficirt.

Behandlung bestand in Auslöffelung der kranken Knochen. Die Auslöffelung musste nachher am Handgelenk wiederholt werden.

Die Heilung ging gut von statten, das Kind ist noch in der ambulatorischen Behandlung.

Die beiden übrigen chronisch verlaufenen Handgelenkentzündungen wurden ambulatorisch behandelt mit Gipsverband und Einpinselung von Jodtinctur. Beide Individuen waren bereits älter, jenseits 50, die Affection aber noch nicht soweit fortge-

schritten, dass man zu einer Amputation füglich schreiten konnte, andererseits zeigte auch die Behandlung wenig Einfluss.

Der eine Fall bietet einiges Interesse, wesshalb ich ihn hier anführe.

X., 9. Juli 1875 aufgenommen, ist augenblicklich noch im Hospitale. Der ganzen Beschreibung nach hat der Process seinen Anfang genommen von einem Ganglion des Handrückens. Der behandelnde Arzt muss jedenfalls das Leiden als ein solches aufgefasst haben, indem er es mit einem Hammer zerschlug; und seine Diagnosis ist wohl die richtige gewesen, da ja ein Ganglion ein solch tägliches Vorkommniss ist, dass es nicht gut verkannt respective mit einem andern Leiden verwechselt werden kann. Ausserdem stimmt auch die Localisation und die Beschreibung desselben seitens des Patienten als abgegrenzte, runde, pralle Geschwulst so genau, dass ich keinen Zweifel über die Identität des ursprünglichen Leidens mit einem Ganglion hegen kann; zumal endlich noch der nachherige Befund bei der Autopsie dafür spricht.

Bei X. stellte sich, nachdem die Wand der kleinen Geschwulst durch den Hammer gesprengt war, plötzlich eine stark schmerzende Anschwellung auf dem Handrücken ein, die sich bald auf das ganze Handgelenk ausdehnte. Einige Tage nachher wurde eine Incision gemacht, ohne dass sich Eiter entleerte.

Bei der Aufnahme war das Handgelenk stark geschwollen, und an einzelnen Stellen deutliche Fluctuation nachweisbar. Das Gelenk ist bei leichter Bewegung nicht sehr schmerzhaft, seitliche Bewegungen im Gelenk sind nicht möglich und die Gelenkbänder auf jeden Fall noch nicht stark durchwachsen, überhaupt scheint das ganze Gelenk noch nicht im höheren Grade afficirt zu sein. Bewegung, Flexion und Extension der Finger, noch gut.

Es lagen daher von Seiten des Gelenkes nicht sehr dringende Aufforderungen zur Amputation vor, desto mehr aber von Seiten des allgemeinen Zustandes des Patienten. Derselbe war sehr abgemagert, hustete viel, hatte eine Infiltration der rechten Lungenspitze, deutliches Bronchialathmen daselbst.

7. October wurde die Amputation von Hrn. Dr. Krabbel ausgeführt. Die Lappen sind aus der vola manus genommen

worden, weil der Handrücken besonders infiltrirt und von Fisteln durchsetzt war. Die Gelenkknorpel waren wohl erhalten, aber gelblich infiltrirt und theilweise usurirt, namentlich die untere Fläche der ulna und des radius.

Verband nach Thiersch. Der Verlauf war ein günstiger, nur trat am 16. October eine Nachblutung ein aus der art. interossea. Der Verband wurde nur höchst selten, alle 8—14 Tage, gewechselt.

25. Februar 1876. Patient befindet sich wegen einer Halsdrüseneiterung noch auf der Station. Der Stumpf ist gut verheilt ohne Fistelbildung.

Caries der Ulna.

Caries der Ulna kam ein einziges Mal zur Beobachtung bei einem Kinde (Mädchen) von 4 Jahren, welches gleichzeitig an Osteomyelitis eines Metacarpalknochens litt.

Behandlung: Auslöfflung. Heilung in 5 Wochen.

Entzündung des Ellenbogengelenkes.

Acute Entzündungen des Ellenbogens kamen 5 Mal in der Ambulanz, bei 3 Männern und 2 Weibern, zur Beobachtung. In sämmtlichen 5 Fällen war der Process noch nicht weit vorgeschritten, und alle wurden gebessert entlassen. Das endgültige Resultat ist nur vermuthungsweise mitzutheilen, nur bei zweien kann ich von einer bis jetzt dauernden Heilung sprechen.

7 Fälle von offener fungöser Ellenbogenentzündung sind beobachtet, bei 4 Männern und 3 Weibern. 3 Mal wurde wegen bestehender Caries ausgelöffelt. Das eine Mal musste nachträglich die Amputation gemacht werden; das andere Mal heilte das Gelenk aus, indess das Kind ging an multipler Caries und amyloider Degeneration der Nieren zu Grunde. Bei einem dritten Kinde, welches gleichzeitig an Necrosis der Tibia litt, trat Heilung ein.

Bei den eiterigen Ellenbogengelenkentzündungen handle ich nach folgenden Grundsätzen. Bei Individuen, welche nicht mehr in der ersten Kindheit stehen, jenseits 15 Jahren sind, mache ich die Resection, sobald die Eiterung profus wird und an eine Erhaltung des Gelenkes wegen zu ausgedehnter Caries nicht

mehr zu denken ist. Bei Kindern versuche ich vorher die Auslöffelung, weil bei einer Resection doch meist die Epiphysenlinie mit fortgenommen und somit das Wachsthum des Knochens sehr gestört wird. Meistens sind leider die Kinder, welche mit diesen Gelenkentzündungen behaftet sind, sehr heruntergekommen, und leiden, wie in unsern drei Fällen, an multipler Caries. Das eine Kind, bei dem nachträglich die Amputation gemacht wurde, kam im Ganzen 3 Mal zur Operation.

P, Rudolf, 3 Jahre alt, war taubstumm und ein Cretin. Bei der ausgedehnten Erkrankung vieler Knochen, bei dem status cerebri mochte auch wohl die Frage der Zulässigkeit eines chirurgischen Eingriffes sehr am Platze sein. Indess glaube ich durch den Erfolg bewiesen zu haben, dass es statthaft, ja in solchen verzweifelten Fällen geboten ist, den Versuch zu machen, das arme Geschöpf zu bessern. In diesem Falle wurde 1) die Auslöffelung des Metacarpus; 2) die Auslöffelung des rechten Ellenbogengelenks; 3) die Amputation des rechten Armes; und 4) die Auslöffelung eines Phalango-Metacarpal-Gelenkes gemacht. Das Kind, welches früher dem Tode sichtbar entgegen ging, ist jetzt gesund und stark und hat trotz seiner geringen geistigen Entwickelung doch so viel Verstand und Gefühl für sein leibliches Wohlbefinden, dass es sein allgemeines Wohlbehagen durch freundliches, allerdings etwas grinsenhaftes Lächeln, durch erregte Bewegung und Darreichung seines linken, ihm gebliebenen Händchens, zu erkennen gibt.

Das 2., ältere Mädchen wurde 4 Mal operirt, 1) wegen Caries eines Phalango-Metacarpal-Gelenkes Amputation des linken zweiten Fingers; 2) wegen Caries des dritten linken Metacarpalknochens Auslöffelung: 3) wegen Caries necrotica der Tibia Sequestrotomie und Auslöfflung und 4) wegen Caries necrotica des linken Ellenbogengelenkes Auslöfflung.

Diese Operationen wurden alle im Laufe von $1/2$ Jahre unternommen und zu glücklichem Ausgange gebracht. Das Mädchen blüht jetzt auf und ist gesund, während ich früher sehr gezweifelt habe, ob es dem Chirurgen wohl erlaubt sei, an diesem höchst schwächlichen und vernachlässigten Mädchen noch eine Operation vorzunehmen, zumal das Kind ausserdem in

psychischer Beziehung von der Natur, und durch mangelhafte Erziehung von Seiten der Eltern sehr vernachlässigt worden ist.

Thelen, Catharina, 10 Jahre alt aus Cöln, 27. Januar 1875 aufgenommen, 29. April 1875 entlassen; wiederaufgenommen 1. Mai 1875, befindet sich augenblicklich fast geheilt, wohl und blühend aussehend, noch im Hospitale und ist auch geistig viel geweckter. Vide Anhang über Auslöffelung.

Ein Kind ist gestorben. Hurstege, Wilhelm, 14 Monate alt aus Cöln, 10. August aufgenommen, 23 October gestorben. Vide Anhang.

Im Ganzen wurden 4 Resectionen gemacht. Ein Fall von diesen endete letal und zwar in Folge von Adynamie.

H . . . aus Cöln, 20 Jahre alt, hatte früher an Lues gelitten und dieserhalb die verschiedensten antisyphilitischen Kuren durchgemacht, mehreremals Schmierkuren, Schwitzkuren etc.

Patient war äusserst heruntergekommen und litt an Caries necrotica des manubrium sterni, des rechten Schlüsselbeines, der linken 6. oder 7. Rippe, des rechten Ellenbogengelenks und endlich noch des rechten Metatarso-Phalangeal-Gelenkes.

Das Ergriffensein aller dieser Knochen sprach für eine syphilitische Affection derselben, und ich hielt es trotz des geschwächten Körpers für möglich, dass wenn die Hauptheerde der Eiterung, die des manubrium sterni und des rechten Ellenbogengelenkes beseitigt sei, Patient sich wieder etwas erholen könne. Es war vorauszusehen, dass bei der starken Eiterung dieser beiden Quellen Patient höchstens noch einige Monate das Leben fristen würde, wie wohl es andererseits auch fast mehr als wahrscheinlich war, dass die Resection des Ellenbogengelenks identisch mit dem Tode des Patienten sein würde. Die Amputation wäre im Grunde genommen das Beste gewesen, indess davon durfte man dem Patienten nicht sprechen. Ich entschloss mich daher, um Alles versucht zu haben, zur Auslöffelung des Gelenkes, musste aber in derselben Sitzung wegen zu grosser Ausdehnung des Processes die Resection machen, da ich mit Bestimmtheit wusste, dass eine Amputation nicht permittirt werden würde. Patient starb 5 Tage nach der Operation, ohne sich von dem Eingriffe ordentlich erholt zu haben.

Stollwerk, Elise, 16 Jahre alt, aus Kuchenheim, leidet seit 3 Monaten an acuter eiteriger Ellenbogengelenkentzündung. Die rechte Lungenspitze ist gedämpft, das Exspirium daselbst unbestimmt.

20. März 1876. Resection des ganzen Ellenbogengelenkes mit Erhaltung des Periostes, der Muskelansätze und der Bänder, insbesondere des Ringbandes. Der Verlauf war ein günstiger. Indess blieben Fisteln übrig, welche nicht ausheilen wollten. Die Eiterung blieb constant sehr profus, ausserdem hustete Patientin viel, schwitzte jede Nacht stark und litt an nicht stillbarer Diarrhoe.

25. Juli. Nachresection des necrotischen Humerusendes.

25. October fast geheilt entlassen.

Patientin stellte sich nochmals vor, sah blühend aus und hustete gar nicht mehr. Das Gelenk ist ziemlich fest, indess sind leichte Bewegungen möglich; es besteht noch eine ganz minimale Eiterung aus einer kleinen Fistel.

Weiss, Emanuel, 15 Jahre alt, aus Thorr, 22. Juli 1875 aufgenommen, 18. September entlassen, leidet seit 5 Wochen an einer eiterigen Ellenbogengelenkentzündung.

23. Juli subperiostale totale Resection mit Erhaltung des Ringbandes.

Salicylverband.

Patient erschreckte uns in den ersten Tagen durch hohes Fieber, indess entpuppte sich am 4. August die Störung des Allgemeinbefindens als eine Scarlatina, es wurde desshalb Patient auf die innere Station verlegt.

Natürlich ist in solchem Falle die sonst so einfache Nachbehandlung etwas complicirt. Es ist Grundsatz, dass niemals verbunden wird, es sei denn, dass die Temperatur über 39 gehe.

22. August. Die Wunde ist geschlossen bis auf einen fingerdicken Granulationswall.

18. September geheilt entlassen.

Patient stellte sich im Monat Februar 1876 vor mit einem ziemlich festen, indess beweglichen Gelenk ohne Fistelbildung.

Die 4. Resection wurde Ende des vorigen Jahres ganz so, wie die vorher erwähnten, ausgeführt. Der Verlauf war hinsichtlich der Operation ein günstiger. Patient befindet sich noch

auf der Station. Zufälliger Weise wurde auch er einige Tage nach der Operation wegen Scarlatina auf die innere Station verlegt.

Die Heilung ging sehr gut von statten, und ist augenblicklich ohne Fistelbildung bis auf einen federkieldicken Granulationswall vollendet.

Entzündung des Schultergelenkes.

Entzündung des Schultergelenkes wurde 11 Mal beobachtet; 8 Mal verlief sie trocken, 3 Mal mit Eiterung. In den ersten Fällen wurde der betreffende Arm in dem Schultergelenke möglichst immobilisirt und Jodtinctur aufgepinselt, nur einmal ist desshalb die Resection gemacht worden. Bei den 3 eitrigen Formen der Schultergelenkentzündung, von denen 2 ein jauchiges Secret lieferten, wurde das Gelenk resp. der Humerus resecirt etwas ausführlicher bespreche ich hier nur die 4 Resectionsfälle.

Y., aus Westphalen, leidet an einer trockenen Schultergelenkentzündung. Patient hat schon seit 3 Jahren Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Ellenbogengelenk. Die gegen das Leiden instituirte Behandlung war ganz erfolglos; der Schmerz im Gelenke hat sich fast dauernd und gradatim immer mehr gesteigert. Die Bewegung im Schultergelenk ist fast gleich Null.

Resection nach Langenbeck mit Erhaltung der Muskelansätze. Nach der Resection des sehr cariösen Kopfes und eines Stückes vom humerus hing der Arm, wie an Bändern, durch das Periost fixirt.

Verband nach Thiersch.

Der Verlauf war ein sehr günstiger, es trat gar kein Fieber ein. Der Verband wurde innerhalb 6 Wochen nur 4 Mal gewechselt. Die Wunde war schon nach 14 Tagen bis auf einen fingerbreiten Granulationswall geschlossen.

Simons, Leonard, 17 Jahre alt, aus Cöln, wurde von einem Postwagen gefasst und mit der rechten Seite gegen eine Mauer geschleudert. Die rechte Hand erhielt eine tiefe Wunde. Nach der Beschreibung hat Patient darauf Rose des ganzen Armes überstanden mit Lymphangoitis. Die Rose begann an der Hand

und stieg nach oben zum Schultergelenke hin, entlang einem lymphangoitischen Streifen. Hierzu gesellte sich nachher eine Anschwellung des Oberarmes und der rechten Schulter und Schmerz im Schultergelenke. Die Geschwulst concentrirte sich immer mehr auf das Gelenk und brach endlich auf.

Es liegen hier zwei Möglichkeiten vor; entweder ist die Schultergelenkentzündung in Folge des Stosses entstanden, und das Erysipel falsch gedeutet worden, oder es handelt sich hier, und dafür spricht der ganze Verlauf, um ein Erysipelas mit secundärer Eiterung des oberhalb des Erysipelas liegenden Gelenkes, wie auch Volkmann Solches häufiger nach Erysipelas beobachtet hat. Behandlung: Resection des caput mit Erhaltung der Gelenkbänder und des Periost resp. der Muskelansätze. Es wurde ein 2 Zoll langes Stück entfernt. Verband nach Thiersch.

Der Verlauf war ein günstiger, ohne Temperatursteigerung.

30. August. Patient wurde entlassen mit Fistelöffnung. Zur Extraction eines necrotischen Splitters wurde er am 17. Februar 1876 nochmals aufgenommen. Ein Stück der äussern Rinde des Schaftes hatte sich abgestossen.

März geheilt entlassen.

Meyer, 38 Jahre alt, aus Ehrenfeld. Patient fiel vor 6 Wochen auf die rechte Schulter, hatte seit der Zeit Schmerzen in derselben und stellte sich dieserhalb in der Ambulanz vor. Das Gelenk war bei Bewegung sowie auf Druck schmerzhaft, besonders in der Bicipitalfurche. Die Behandlung bestand in Anlegung eines Gipsverbandes und Bepinselung mit Jodtinctur. Der Schmerz steigerte sich in dem Verbande, und bei der dieserhalb nach 6 Wochen vorgenommenen Abnahme desselben zeigte es sich, dass das Gelenk in Eiterung übergegangen war. Dasselbe war von einem schwappenden Sacke umgeben; es wurde die Resection vorgeschlagen.

Resection des Humeruskopfes und eines grossen Stückes vom Schafte mit Erhaltung des Periostes resp. der Muskelansätze. Der Verlauf war ein sehr günstiger, der Verband nach Thiersch wurde nur 4 Mal gewechselt.

Während des ganzen Verlaufs war kein Fieber eingetreten. Es musste aber, da die Eiterung nicht nachliess, und das obere Ende des Schaftes necrotisch war, eine Nachresection gemacht

werden. Die Heilung ging rasch von statten, ohne weitere Fistelbildung.

Röhrig, Helene, 31 Jahre alt, aus Ehrenfeld, 17. September 1875 aufgenommen. Resectio capitis humeri. 12. November 1875 geheilt entlassen.

Patientin zog sich vor etwa 14 Monaten durch das Anstemmen des Armes an die Wand eine Luxation des linken Schultergelenkes zu, so lautete die Diagnosis eines kurz nachher hinzugerufenen Arztes. Im Mai 1875 stellte Patientin sich vor. Der Kopf stand in der Nähe des processus coracoideus, die Pfanne war leer. Ueber dem Kopfe lag eine grosse, deutlich schwappende Geschwulst. Ein Versuch der Reposition gelang sehr leicht, indess ebenso leicht wich der Kopf wieder heraus.

Behandlung: Anlegung eines Gipsverbandes, während der Kopf in der fossa glenoidalis zurückgehalten wurde. Nach 6 Wochen wurde der Verband abgenommen; das caput humeri war in der fossa glenoidalis retinirt und blieb auch darin. Bei starker Elevation des Armes indess wich dasselbe stark nach vorne und zeigte grosse Neigung wieder herauszuspringen.

Behandlung: Anlegung eines zweiten Gipsverbandes.

17. September 1875. Patientin hat in den letzten Tagen stark gefiebert. Bei Abnahme des Verbandes zeigte es sich, dass die Geschwulst bedeutend gewachsen war.

18. September. Resection. In diesem Falle wurde Langenbeck's Salicylboraxlösung angewandt. Es trat indess Eiterretention ein und starke Temperatursteigerung. Ich ging daher am 4. Tage zum Thiersch'schen Verbande über und legte ein Drainagerohr ein. Der Verlauf war von jetzt ab ein günstiger.

1. November. Die Eiterung nahm indess nicht ab; ich entfernte einen 2 cm. langen Splitter.

12. November fast geheilt entlassen. Die Wunde ist fast vernarbt.

Nervenaffectionen.

Es sind 2 Radialislähmungen verzeichnet, bei 2 Männern.

X. . . ., Ludwig 48 Jahre alt, aus Stockhol, Mmaurer; rechtsseitige Radialislähmung durch Druck; und

Erfen, Eduard, 6 Jahre alt, aus Cöln, rechtsseitige Radialislähmung post scarlatinam.

Ein Fall von hystericher Sehnencontractur kam zur Beobachtung bei einem Weibe.

B . . ., Elise, 22 Jahre alt, Fabrikarbeiterin aus Cöln, wurde in's Hospital verwiesen mit Sehnenentzündung des Flexor com. der rechten Hand.

Der 2., 3. und 4. Finger der rechten Hand waren in allen Phalangealgelenken stark flectirt und konnten nicht extendirt werden. Bei passiven Versuchen äusserte Patientin heftige Schmerzen in der vola manus. Da jedes pathologische Substrat fehlte, so stellte ich die Diagnose auf Hysterie und chloroformirte die Patientin.

Schon gleich im Anfange, als das Chloroform zu wirken begann, streckte Patientin die Finger, und als ich nun die Chloroformwirkung unterbrach, und die Willensthätigkeit der Patientin sich wieder äusserte, so flectirte sie dieselben wieder. Ich bandagirte die Finger in tiefer Chloroformnarkose und theilte der Patientin beim Erwachen mit, dass sie jetzt an der Hand operirt, und dass Alles geheilt sei. Gleichzeitig sagte ich ihr, dass sie, wie ich entdeckt hatte, im 3. Monate schwanger sei, was Patientin auch eingestand.

9. Mai geheilt entlassen.

Narbencontracturen an der obern Extremität.

Zwei Mal waren solche Folgen einer Verbrennung und betrafen die Hand. In dem einen Falle bezog sich die Verstellung auf den 2. und 3. Finger und war nicht sehr hochgradig. Ich löste die Brandnarbe, welche von der Mitte der vola bis zu den Fingerspitzen ging, in der Form eines Dreieckes ab, welches mit der Spitze nach oben sah, und bandagirte nachträglich die Hand so, dass sie in Hyperextension stand.

Der 2. Fall betraf ein Kind, Agnes Michaelis, 3 Jahre alt, aus Cöln. 7. April 1875 aufgenommen, 26. September geheilt entlassen.

In diesem Falle waren alle Finger in die vola manus eingeschlagen. Die Operation wurde in der nämlichen Weise wie vorher gemacht. Der Erfolg war gut, indess der kleine Finger

durch eine feste, bis auf den Knochen reichende Narbe verstümmelt und unbrauchbar, so dass ich zuletzt vorzog, denselben zu amputiren; und so wurde das Kind am 26. September geheilt entlassen.

1 Mal kam eine Contractur der Fascia palmaris vor, welche sich besonders auf deren Ausläufer auf den 4. und 5. Finger der rechten Hand erstreckte. Die Verkrümmung, welche sich allmälich im Verlauf von 7 Jahren entwickelt hatte, war für den Patienten um so unangenehmer, als er als Telegraphist diese Finger höchst nöthig gebrauchte.

Meyer, Christian, 43 Jahre alt, aus Deutz. Ich durchschnitt in der Palma manus Fascie und Sehnen so weit bis die vollständige Extension des 4. und 5. Fingers möglich ward.

Nachbehandlung: Hyperextension und Befestigung auf einem Handbrettchen.

Die Operation war von Erfolg; die Finger sind wieder zu gebrauchen.

Bei dem Schlosser Mathias Stahl, 57 Jahre alt aus Cöln, machte ich die nämliche Operation am 5. Finger.

Der Erfolg war auch hier ein guter.

Ein Fall von Flexionsstellung des rechten Ellenbogengelenkes durch Narbencontractur nach Verbrennung kam zur Beobachtung.

Müller, Knabe, 12 Jahre alt, aus Altendorf. Die ganze vordere Fläche des Armes war von einer sehr ausgedehnten und dicken Brandnarbe eingenommen und der Vorderarm möglichst stark flectirt.

Die Transplantation eines Lappens, welche ich gerne gemacht hätte, war nicht möglich wegen der grossen Ausdehnung der Narbe. Es wurde daher einfach die Narbe an mehreren Stellen incidirt, dann der Arm gestreckt und bis zur Heilung möglichst gestreckt erhalten. Der Erfolg ist in so weit ein günstiger, als der Arm jetzt im stumpfen Winkel steht und in geringem Grade flectirt werden kann. Wenn ich diesen Fall noch 1 Mal zur Behandlung erhielt, unter den nämlichen Verhältnissen, so würde ich ihn ganz ebenso behandeln, indess dann, wenn sich eine gute Granulationsfläche gebildet hätte, nach Reverdin Läppchen transplantiren, wie ich es in einem Falle von Ectropium des untern Lides gemacht habe.

Syndactylie.

4 Fälle von Syndactylie bei 2 Männern und 1 Weibe kamen zur Beobachtung. Die hierbei geübte Behandlungsmethode ist folgende; es wird ein Dreieck auf dem Dorsum der Falte gebildet und zwar so, dass die Spitze des Dreieckes der Höhe der Falte entspricht, während die Basis in der Höhe der Metacarpo-Phalangeal-Gelenke liegt. Dieses Dreieck wird bis zur Basis abpräparirt, dann in der Vola, gegenüber der Basis des Dreieckes, ein Querschnitt gemacht, das Dreieck mit der Spitze durchgezogen und in dem obern Theile des Querschnittes angenäht.

Nach Ablauf von 8 Tagen, nachdem die Spitze des Dreieckes angeheilt ist, wird an der Volarseite des Schwimmhauttheiles nahe und parallel dem Rande eines Fingers ein Schnitt geführt und der umschnittene Lappen für den andern Finger als Umsäumungslappen benutzt, während die jetzt am ersten Finger gebildete Wundfläche der Vernarbung überlassen bleibt.

Ack, Wilhelm, 1⅓ Jahre alt, aus Cöln, wurde an beiden Händen operirt.

Michaelis, Agnes, früher schon erwähnt wegen gleichzeitig bestehender Contractur in Folge einer Verbrennung.

Das Kind Seun, Winand, 3 Monate alt aus Cöln, 8. Mai 1875 aufgenommen, 26. Juni geheilt entlassen, verdient besondere Erwähnung, weil gleichzeitig in diesem Falle eine Missbildung sich vorfand.

Der Daumen und der kleine Finger sind nur vorhanden, während von den dazwischenliegenden Fingern nur eine Andeutung sich zeigt, indem in der die beiden Endfinger verbindenden Hautfalte einzelne Rudimente von Phalangen liegen. Nahe dem Daumen sitzt eine Nagelphalanx mit Nagel auf; unter derselben fühlt man noch eine rudimentäre 2. Phalanx. Es folgen ulnarwärts auf dem Rande der Hautfalte noch zwei Nagelandeutungen bis zum kleinen Finger hin; sonst ist die Tasche bis zu den kleinen verkümmerten Metacarpalköpfchen leer.

Die Operation wurde in derselben Weise ausgeführt, wie bei zwei durch Syndactylie unmittelbar mit einander verwachsenen Fingern. Die rudimentär angedeuteten Phalangen wurden geopfert.

Der Verlauf war ein günstiger.

26. Juni geheilt entlassen.

Eine Narbencontractur in der Achselhöhle, durch welche der betreffende Arm an dem Thorax fixirt wurde, ist schon früher bei der Brust besprochen worden.

Die Heilung wurde hier erzielt durch Excision der Narbe und Ueberpflanzung eines Lappens auf den Defect.

Verlauf und Erfolg war auch in diesem Falle ein sehr günstiger.

Geschwülste.

Geschwülste kamen an der obern Extremität nur 4 zur Beobachtung bei 3 Mädchen und 1 Manne.

Ambulatorisch wurde ein cavernöses Lipom von Taubeneigrösse von der Höhe der Schulter eines 8jährigen Mädchens excidirt; Verlauf gut.

Ferner ist ein cavernöses Fibroid von der Sehnenscheide des Mittelfingers des Kindes August Anna, 13 Monate alt, exstirpirt worden. Verlauf gut; und

drittens ein Fibroid vom 1. Phalangeal-Gelenke des Ringfingers ausgehend; auch hier trat schnelle Heilung ein.

Als 4. Geschwulst wurde ein Sarcom beobachtet, welches von der Gefässscheide des Oberarmes ausging.

Schenk, Caspar, 66 Jahre alt, Maurer aus Soest, 11 September 1875 aufgenommen, 28. September entlassen.

Vor 2 Jahren bemerkte Patient in der Mitte des linken Oberarmes eine kleine, etwas längliche, ovale Anschwellung. Diese wuchs anfangs langsam, seit einem halben Jahre indess rapide und ist jetzt faustgross.

Seit einem Monate ist die Geschwulst exulcerirt und blutet leicht.

Bei der Operation zeigt sich, dass dieselbe bis auf die Gefässscheide dringt, mit der sie fest verwachsen ist, und dass sie einen Zapfen unterhalb des Biceps entlang der Gefässscheide weit nach oben schickt. Trotzdem lässt sie sich ganz entfernen mit Schonung der Gefässscheide, doch wird diese auf eine Strecke von 2″ bloss gelegt.

Die Heilung ging sehr gut von statten. Patient ward am 29. September entlassen mit einer schön granulirenden Wundfläche.

28. Januar 1876 wird Patient wieder aufgenommen. Ich erwähne den weitern Verlauf hier, wiewohl er dem Jahre 1876 angehört, weil dadurch ein Abschluss des Falles gegeben wird.

Die Wunde hatte zu Hause, unter der veränderten Behandlung, wie er sagte, bald angefangen, sich zu verschlechtern; es entwickelte sich ein Recidiv.

Bei der 2. Aufnahme war die Geschwulst grösser, als bei der ersten. Die Operation wurde am Tage der Aufnahme vorgenommen; dabei zeigte es sich, dass die Ausdehnung derselben hauptsächlich den Gefässen entlang statthatte.

Die Gefässscheide musste geöffnet werden, und es lag die Art. brachialis nebst den beiden sie begleitenden Venen in der Ausdehnung von 7 cm. bloss, der Nervus ulnaris wurde mit grosser Mühe herauspräparirt, riss indess nachträglich durch, und ich zog es daher vor, da er doch von der Geschwulst durchwachsen war, ein Stück desselben zu excidiren.

Der Verlauf war wiederum günstig, Patient wurde nach 24 Tagen mit einer gut granulirenden Wundfläche entlassen.

28. Februar 1876. Heute stellte Patient sich nochmals vor mit fast geheilter Armwunde.

Das Auffallendste an diesem Falle ist, dass absolut keine Störung im Gebiete des Nervus ulnaris statt gehabt hat, wiewohl ein ziemliches Stück excidirt worden ist. Ueber die Excision des Nerven, und gerade des besimmten Nerven, ist für mich und die vielen Umstehenden, welche der Operation mit Aufmerksamkeit folgten, kein Zweifel. Auch ist in keinem andern Nervengebiet eine Störung nachzuweisen.

Patient stellte sich heute wieder vor mit einem Recidive, 29. März 1876, und wurde jetzt dringend die Amputation vorgeschlagen.

Untere Extremitäten.

Verletzungen 204, bei 171 Männern und 33 Weibern.

Subcutane Verletzungen

144, bei 116 Männern und 28 Weibern.

Contusionen kamen 43 Mal bei Männern und 6 Mal bei Weibern zur Beobachtung; sie vertheilen sich folgendermassen:

7 Contusionen des Oberschenkels, 1 Mal complicirt mit Zerreissung der Urethra;

10 des Kniegelenkes, 8 Mal bei Männern, hiervon war eine doppelseitig, 2 Mal bei Weibern.

10 des Unterschenkels, 8 Mal bei Männern, 2 Mal bei Weibern.

22 des Fussgelenkes, 20 Mal bei Männern, 2 Mal bei Weibern.

Die Behandlung beschränkte sich bei den Contusionen auf Application von kalten Umschlägen resp. der Eisblase; wenn ein Gelenk betroffen war, so zog ich es meist vor, einen Gipsverband für die Dauer von einigen Wochen anzulegen.

Luxationen

an der untern Extremität kamen trotz des sonst so reichhaltigen Materials nur 1 Mal zur Beobachtung, und zwar eine Luxation der Tibia nach vorn; dieselbe war indess complicirt, eine offene, und findet daher bei diesen ihre Besprechung.

Subcutane Fracturen

sind im Ganzen 95 verzeichnet, 73 bei Männern und 22 bei Weibern. Dieselben vertheilen sich, wie folgt:

37 Oberschenkel-Fracturen, 22 bei Männern und 15 bei Weibern.

6 betrafen das Collum femoris und zwar 2 Mal bei Männern, 4 Mal bei Weibern.

5 Mal betraf die Fractur das untere Ende; 1 Mal waren gleichzeitig der Unterschenkel und einige Rippen gebrochen.

Die übrigen Male lag die Fractur in der Diaphyse, und bestand eine grosse dislocatio ad longitudinem.

Ein Mal gesellte sich im Verlaufe der Heilung Pneumonie dazu; 1 Mal trat Delirium tremens ein; 3 Mal wollte sich kein Callus bilden.

Um die Callusbildung zu fördern, wurden die Knochenenden gehörig aneinander vorbeigerieben, die Stelle mit Jodtinctur stark eingepinselt, und die Extremität in Extensionsverband gelegt. Gleichzeitig habe ich in letzter Zeit nie verabsäumt, in solchen Fällen den Appetit des Patienten durch Verabreichung von vielem Senf, welcher in der Rheinprovinz fast in jeder Haushaltung als Stomachicum gebraucht wird, zu heben. Dies Mittel wurde von meinem verehrten Vorgänger bei mangelhafter Callusbildung oft und zwar stets mit Erfolg verabfolgt. Der Sinn dieses einfachen Mittels kann wohl nur der sein, durch Reizung die Verdauung zu heben, und gleichzeitig mit der daraus resultirenden Kräftigung der ganzen Constitution auch die Callusproduction zu befördern. In einem Falle, in dem die obigen Mittel im Stiche liessen, gab ich zuletzt täglich eine ziemliche Menge Senf, worauf die bis dahin ganz mangelhafte Callusbildung mit einem Male sich ordentlich einstellte.

Ein Mal liess auch diese Behandlung der Pseudarthrosis im Stiche.

König, 53 Jahre alt, Eisenbahnnachtswächter, fiel die Treppe hinunter und zerbrach ein Bein unmittelbar oberhalb der Condylen. Das obere spitze Bruchende bohrte sich mit Gewalt in die Haut hinein. Die Behandlung bestand in Extension auf dem Volkmann'schen Schlittenapparate.

Nach 2 Monaten hatte sich noch kein Callus gebildet; ich legte daher den Malgaigne'schen Stift ein in der Annahme, dass die Ausbuchtung der Gelenkkapsel unterhalb des Quadriceps durch das sich einbohrende spitze obere Bruchfragment zu Grunde gegangen sei, zumal da das Kniegelenk frei von Ensudat war.

Der Stift musste alle 4—5 Tage wegen eingetretener Entzündung gewechselt werden; es gelang auf diese Weise, das obere Fragment in die Tiefe hinein zu drücken und wirklich eine leichte Callusbildung hervorzurufen.

4. März 1876. Die Beweglichkeit ist geringer, das obere Fragment bleibt auch nach Entfernung des Stiftes dem untern genähert, indess da das obere Bruchende allmählich die Haut durchbohrt hatte, da ausserdem in der Umgebung eine ziemlich starke entzündliche Infiltration bestand, und die Beweglichkeit trotz dem einmonatlichen Einliegen des Stiftes und trotz der starken entzündlichen Schwellung noch verhältnissmässig sehr gross war, so musste ich annehmen, dass auf diese Weise keine Heilung zu erzielen sei, zumal das untere Ende zu weit hinter dem obern nach oben gewichen war, und diese longitudinale Verschiebung der Bruchenden sich nicht durch ein Gewicht von 30 Pfd. ausgleichen liess. Ueberhaupt ist bei Brüchen ganz unmittelbar oberhalb des Kniegelenks die Gewichtsextension meist ganz illusorisch, in dem die Extension wegen der Kürze des untern Fragmentstückes nur am Unterschenkel angebracht wird, und dann das Gewicht nur sehr wenig über's Knie hinaus wirkt, und nur das Kniegelenk diastatisch aus einander gezogen wird. Ich machte daher in der Annahme, dass die Tasche sub quadricipite verschwunden sei, und dass ausserdem das entzündlich geschwellte Periost mit Leichtigkeit sich ablösen liesse, und somit eine subperiostale und ungefährliche Entfernung des oberen Bruchendes möglich sei, die Resection eines 1½'' langen Stückes in der Absicht, so die Bruchenden in eine Höhe zu bringen. Hierauf wurde wiederum die Extension angebracht.

15. März. Der Verlauf ist ein äusserst günstiger, es ist absolut kein Fieber eingetreten. Am 3. Tage nach der Operation musste der Verband gewechselt werden, weil noch ein Carbolschwamm, welcher der Blutung halber eingelelegt worden war, entfernt werden musste. Eine Temperaturerhöhung hat seit der Operation bis heran nie bestanden.

24. April 1876. Der Verband wurde nur alle 10—12 Tage gewechselt, Die Wunde hat sich bedeutend verkleinert, das obere Fragmentende ist ganz überwuchert und liegt in der Tiefe der Wunde, prominirt nicht mehr.

26. Mai 1876. Die Callusbildung ist eine starke, die Beweglichkeit ist sehr gering. Patient kann das Bein heben.

In einem Falle war nur der Condylus externus des Fe-

mur abgesprengt und hierdurch dem Ungeübten eine Luxation vorgetäuscht.

Küpper, Heinrich, 53 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 2. Juli 1875 aufgenommen, 11. December 1875 geheilt entlassen.

Patient glitt von einer Leiter, die mitfallend, ihm auf das Knie schlug.

Das Knie stand in starker Valgusstellung, der Kopf der Tibia konnte mit Sicherheit an der Innenseite frei durchgefühlt werden. Bei starker Extension konnte man mit Bequemlichkeit das Knie gerade richten, und bei einem auf den Condylus externus femoris ausgeübten Druck unter starker Crepitation und unter dem Gefühle eines leicht hin und her zu bewegenden Knochenstückes, welches in seiner Grösse etwa dem Condylus externus femoris entsprach, jede Verstellung ausgleichen.

Behandlung. Gipsverband. Patient überstand Delirium tremens.

Nach 2 Monaten wurde der Verband entfernt; es bestand noch immer eine grosse Neigung zur Valgusstellung, und es musste daher das Bein nochmals in Gips gelegt werden.

11. December 1875 geheilt entlassen.

Die Behandlung der Oberschenkelfracturen bestand hierselbst stets in der von Volkmann eingeführten und von ihm befürworteten Gewichtsextension.

Alle wurden geheilt, und wie ich glaube, mit der geringsten Verkürzung, wie sie bei einer andern Behandlungsmethode kaum zu erreichen ist, und zwar meist innerhalb 5 Wochen.

Nur ein Fall endigte tödtlich und zwar in Folge von Phthisis pulmonum.

Frau Deuzer, 46 Jahre alt aus Cöln, fiel auf's Eis am 5. December und zerbrach den linken Oberschenkelhals. Patientin war schon mehrere Male auf der innern Station wegen Tuberculosis pulmonum behandelt worden.

Patientin ist sehr heruntergekommen.

Behandlung. Extension nach Volkmann.

Der Auswurf, welcher seit Jahren besteht, wird reichlicher, es entwickelt sich rasch Decubitus ad anum.

Tod am 16. December 1876.

3 Fracturen der Patella

sind verzeichnet und zwar alle bei Männern. Die Behandlung war stets die gleiche; es würde die ersten 8 Tage lang, während das Bein auf einer schiefen Ebene lag, der Eisbeutel applicirt, bis das Blut im Gelenke zum Theile wenigstens geschwunden war. Wenn letzteres der Fall war, so wurde oberhalb und unterhalb der Patella ein Guttaperchastreifen, so dass beide sich in der Kniekehle kreuzten, erwärmt umgelegt, und durch Bindentouren fest angedrückt. Nach ein bis zwei Tagen, wenn die Guttaperchastreifen erkaltet waren, wurde die Malgaigne'sche Klammer angelegt, und die Fragmentenden soweit genähert, dass dieselben sich berührten. Meistens haben hierbei die Patellarstücke die Neigung, sich mit ihren Fragmentenden zu heben. Letzterem wird dadurch vorgebeugt, dass man. unter der Klammer durch, einige Bindentouren etwas fest anzieht. Die Klammer blieb 4—8 Wochen liegen.

Der Erfolg war in allen Fällen der, dass die Brüche fast ohne jeden Zwischenraum verheilten, und dass die Patienten nach $2^1/_2$—3 Monaten geheilt entlassen werden konnten;

51 Fracturen des Unterschenkels,

und zwar 44 bei Männern und 7 bei Weibern.

2 Mal war die Tibia allein fracturirt bei Männern;

15 Mal die Fibula allein, 13 Mal bei Männern und 2 Mal bei Weibern.

Die übrigen Male waren beide Unterschenkelknochen gebrochen.

Die Fractur des Unterschenkels, der Tibia resp. der Fibula betraf 10 Mal die Diaphysen, sonst stets das untere Ende der Tibia, resp. Fibula, resp. beider zusammen.

4 Fracturen am Fusse

bei Männern; 3 Fracturen eines Metatarsus und eine einer Phalanx der grossen Zehe, letztere heilte mit Pseudarthrosis.

Die Behandlung der Unterschenkelfracturen bestand in der Anlegung eines Gipsverbandes gleich nach der Aufnahme.

Die Heilung war bei allen mit Ausnahme von zweien eine gute.

Bei zweien entstand Pseudarthrosis, die durch ein starkes Aneinanderreiben der Fragmente und Ruhestellung im Gipsverbande nachträglich noch gehoben wurde.

Einer bekam Delirium tremens, welches gut ablief unter der Darreichung von Chloralhydrat.

Zwei Fälle endigten tödlich und zwar einer in Folge von Pyaemie und einer in Folge von Diphtheritis.

Scholl, Johann, 35 Jahre alt, Maschinist aus Obercassel, mit Fractura cruris 5. Juni 1875 aufgenommen, 14. December 1875 entlassen.

Patient fiel von einer Leiter und zerbrach den linken Unterschenkel in der Gegend des Ueberganges des mittlern zum untern Drittel; beide Unterschenkelknochen waren zerbrochen.

8. Juli. Bei der Abnahme des Gipsverbandes zeigt sich, dass eine grosse Beweglichkeit der Fragmente besteht, das obere Fragment steht stark vor.

Behandlung. Neuer Gipsverband und Malgaigne'scher Stift.

8. August. Abnahme des Verbandes, Pseudarthrosis besteht noch, die Fragmente sind noch ebenso beweglich.

Behandlung. Malgaigne'scher Stift, Gipsverband, kräftige Nahrung und Verabfolgung von vielem Senfe. Erst jetzt trat Callusbildung ein.

14. December geheilt entlassen.

Stuplick, Joh. Peter, 25 Jahre alt, Bedienter aus Cöln, Fractura Tibiae et Fibulae, aufgenommen am 5. Juni 1875; geheilt am 17. November entlassen.

Patient zerbrach beim Herunterspringen vom Wagen den linken Unterschenkel. Beide Knochen sind fracturirt, die Tibia ist stark zersplittert.

Behandlung. Gipsverband.

26. August. Bei Abnahme des Verbandes zeigt sich, dass die Fragmente sehr beweglich sind.

Behandlung. Friction der Fragmente und Gipsverband; nebenbei gute Nahrung und Senf.

17. November geheilt entlassen.

In einem Falle trat Tod durch Pyaemie ein.

Augustin, Julius, 42 Jahre alt, Schuster aus Cöln, wurde am 15. November 1874 aufgenommen mit Fractura tibiae comminutiva. Es entwickelte sich Gangraen der Haut der Bruchstelle gegenüber und Tascienvereiterung. Patient starb an Pyaemie am 10. Januar 1875. Dieser Fall gehört zu den unglück-

lich verlaufenen des Jahres 1874, welche nicht antiseptisch behandelt wurden, und dessen Tod in das Jahr 1875 fällt.

Ein Fall verlief tödtlich durch hinzugetretene Diphtheritis des Pharynx.

Marken, Stephan, 6 Jahre alt, aus Cöln, am 9. März 1875 aufgenommen mit Fractura tibiae und Phimosis.

Letztere wurde operirt, es wurde die Circumcisio gemacht. Ein Monat nach der Aufnahme klagt Patient über Schmerzen im Halse, und die Untersuchung weist Diphtheritis des Rachens nach. Der Verlauf war ein äusserst rapider, 6 Tage nach dem ersten Auftreten starb der Knabe an Convulsionen.

Offene, nicht mit Knochenbrüchen oder Gelenkeröffnungen complicirte Verletzungen der Weichtheile.

35 Fälle, 30 Männer, 5 Weiber.

3 Mal hatte eine Nadel die Fusssohle durchbohrt, alle 3 Mal bei Frauen. Dieselbe wurde jedes Mal unter der Esmarsch'schen Blutleere extrahirt.

Schnitt- oder Risswunden der Weichtheile kamen 20, bei Männern 19 und bei Frauen 1 zur Beobachtung.

Es vertheilen sich dieselben der Lokalität nach, wie folgt:

4 Mal am Oberschenkel.

1 Mal Dilaceratio Femoris permagna. Tod durch Septicaemie,

Schumacher, Peter, 70 Jahre alt, Fuhrmann aus Nedersheim, vide sub capitulo Septicaemie.

1 Stichwunde in die Leiste, gerade gegenüber dem Verlaufe der Arteria femoralis. Die Blutung soll eine äusserst vehemente gewesen sein. Die Heilung verlief sehr gut unter Compression des ganzen Beines mittelst nasser Binde von der Zehe bis zur Leiste, und Application der Eisblase.

Bergmeister, Heinrich, 17 Jahre alt, Metzger aus Cöln, erhielt am 15. Mai einen Stich in die rechte Leiste, gerade gegenüber der Art. femoralis. Es trat ausserhalb des Hospitals eine sehr starke Blutung in einem dicken Strahle ein.

Behandlung. Einwickelung von den Zehen bis über die Wunde, Eisblase und ruhige Lage. 25. Mai geheilt entlassen.

Zwei Mal kam ein Hundebiss zur Beobachtung. Da an die Möglichkeit eines Bisses durch einen tollen Hund gedacht

werden musste, so wurde jedes Mal die Wunde mit Kali causticum ausgebrannt. Verlauf gut.

Vier Wunden des Unterschenkels kamen zur Beobachtung und zwar eine Dilaceration des Unterschenkels. Ich erwähne nur letzere.

Berling, Johann, 14 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, wurde am 3. Februar 1875 aufgenommen. Patient wurde in einer Druckerei von einem Kammrade gefasst. Die Haut ward am Unterschenkel wenig, am Oberschenkel in einer Ausdehnung von von 8—9'' entfernt, die Muskulatur stark zerrissen, ebenfalls war die linke Hand complicirt verletzt.

Behandlung nach Lister.

Verlauf war ein sehr günstiger. 10. Juni geheilt entlassen.

Nur eine einzige Verwundung der Kniegegend kam vor, bei einer Frau. Dieselbe bietet kein Interesse; es war eine 4 Zoll lange, quer verlaufende, die Haut durchtrennende Wunde, unterhalb der Patella. Nebenbei bestand eine Contusio pectoris, und warf Patientin einige Tage Blut aus, ohne dass eine Rippenfractur nachzuweisen war.

Die übrigen 11 Verletzungen betrafen den Fuss und waren wenig bedeutend.

Schussverletzungen

kamen nur ein Mal zur Beobachtung; es war dies ein Schuss durch den Fuss.

Fussbroich, Herm. Jos. 39 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, schoss sich am 6. December 1875 einen Schrotschuss mit dem fast auf dem Fusse angestemmten Gewehre unvorsichtiger Weisse durch den Fuss.

12. December. Bei der Aufnahme, sechs Tage nach der Verletzung, war der ganze Fuss phlegmonös angeschwollen und stark geröthet, namentlich in der Umgebung der Wunde. Auf dem Fussrücken in der Mitte über dem 1. und 2. Metatarsus war die Eintrittsöffnung und dieser gerade gegenüber in der Sohle die Austrittsöffnung. Der Canal war verhältnissmässig weit, die Ränder waren zerfetzt, schmutzig belegt, und sah man in der Austrittsöffnung, welche so gross war wie etwa ein Zweimarkstück, die Splitter beider Metatarsus liegen. Temp. Abend 39,0. Die

Wunde wird sorgfältig mit Salicylsäure gereinigt und dann ein Verband angelegt nach Thiersch. Der Verband wird höchstens alle 10—14 Tage gewechselt.

Patient hat während des ganzen Verlaufs nicht gefiebert, mit Ausnahme der zwei ersten Tage.

14. Februar 1876. Es werden zwei necrotische Splitter vom ersten Metatarsus entfernt.

28. Februar 1876 geheilt entlassen mit geschlossener Fistel.

Die Geschichte einer zweiten Schusswunde füge ich bei, wiewohl die Wunde selbst ältern Datums ist und es sich eigentlich nur um die Folge einer Schusswunde handelt.

Herr Vogelgesang, Lieutenant, erhielt im Kriege 1866 eine Schusswunde durch den linken Unterschenkel und zwar nach der Beschreibung so, dass die Kugel von rechts nach links die vordere Fläche des Unterschenkels im Uebergang zum untern Drittel traf. Die Haut sowie etwa die Hälfte der Tibia wurde hier fortgerissen, und die Muskulatur zerfetzt.

Die Heilung ging gut von statten, die Kugel soll ganz entfernt worden sein. Indess entwickelte sich das Leiden, mit welchem Patient sich nun vorstellte.

7. März 1875. Auf der vordern Fläche des linken Unterschenkels sah man bei plantarflectirt gehaltenem Fusse ½'' neben der crist. tibiae am Uebergange des mittlern zum untern Drittel eine erbsengrosse, mit glatter Schleimhaut überzogene Fistelöffnung, welche bis auf Fingerbreite in die Quere gezogen war, und sich beiderseits nach oben in einen ½'' langen Spalt fortsetzte. Die beiden Ausläufer divergirten ziemlich stark nach oben. Die ganze Form entprach der Gestalt eines Entenschnabels; ich wähle diesen Vergleich umsomehr, als bei Dorsal-Flexion unwillkürlich jedem Beobachter sich diese Aehnlichkeit aufdrängte. Bei der gedachten Bewegung hob sich nämlich der bogenförmig von der Fistelöffnung umgrenzte Hautlappen in die Höhe, und man sah in einen etwa ½'' langen von rother glatter Schleim- oder besser gesagt serösen-Haut überzogenen Spalt hinein, und bemerkte, dass der Sack mit der darunterliegenden Muskulatur resp. den Sehnen an der vorderen Fläche der Tibia flächenartig verwachsen war. Mit der Sonde konnte man nirgends in die Tiefe gelangen. Diese

Tasche lieferte ziemlich viel Secret und rief in der Umgebung häufig Ekzem hervor.

Patient wurde durch das Leiden sehr belästigt, und wünschte dringend, von demselben befreit zu werden. Mehrere Chirurgen hatten ihm von einer Operation abgerathen, wahrscheinlich in der Voraussetzung, dass es sich hier um eine Verwachsung mit den Sehnenscheiden resp. um eine Ausstülpung derselben handle, dass eine Verwachsung nachher wieder eintreten und das Leiden fortbestehen würde.

Ich excidirte den ganzen Sack bis auf die Muskulatur und es ergab sich sich hierbei, dass der Sack überall mit den Sehnen resp. mit der Musculatur, nirgends mit den Knochen verwachsen war. Den ganzen Fistelrand auch die äussere Haut in grosser Ausdehnuug nahm ich fort,und pflanzte hierauf von beiden Seiten einen Lappen über den entstandenen Defect. Der Verlauf war ein günstiger, Patient konnte nach 6 Wochen mit Gipsverband entlassen werden.

Letzteren legte ich für die Dauer von 6 Wochen aus dem Grunde an, weil eine etwa eintretende Verwachsung der Narbe mit der darunter liegenden Muskulatnr vielleicht wiederum zu einer Einsenkung der Narbe hätte führen können. Patient ist augenblicklich, ein Jahr nach der Operation, noch sehr wohl und hat über Nichts mehr zu klagen.

Verbrennungen

sind im Ganzen 6 verzeichnet, 5 Mal bei Männern, 1 Mal bei Weibern. 1 Mal betraf die Verbrennung den Oberschenkel, 1 Mal Knie und Unterschenkel, 1 Mal den Unterschenkel allein, 2 Mal beide Füsse.

1 Mal betraf sie die ganze untere linke Extremität; der Fall endigte letal durch secundäre Kniegelenkeiterung. Die Amputation wurde verweigert.

Breel, Friedrich, 16 Jahre alt, aus Cöln, 6. Juni 1874 aufgenommen, 16. September 1875 gestorben.

Das Kniegelenk war secundär vereitert. Die Amputation wurde erst am Tage vor dem Eintritte des Todes permittirt, natürlich zu spät.

Die Fussverbrennung war jedes Mal durch Fallen in einen Kessel heissen, geschmolzenen Zuckers bedingt. Ein Mal bestand nebenbei eine starke Verbrennung III. Grades der linken Nates, der Leisten- und untern Bauchgegend, und starb Patient durch secundären feuchten Brand.

Wallraf, Franz, 64 Jahre alt, aus Brühl, fiel in einen Kessel geschmolzenen Zuckers. Die Verbrennung nahm ein: die ganze Oberfläche der beiden Füsse, theilweise die Hände, die linken Nates, die linke Leisten- uud Bauchgegend.

Behandlung: lauwarme prolongirte Bäder, resp. Ueberschläge von Aq. Calcis.

6. October. Die Haut an den Füssen wird gangränös, die Sekretion ist eine ganz bedeutende und stinkende.

10. October. Die Gangrän zeigt keine Neigung, sich zu begrenzen und schreitet weiter nach oben.

21. October. Patient stirbt in Folge der ausgedehnten Gangraen.

Eine Patientin, Namens Christine Falkenberg, 73 Jahre alt aus Cöln, wurde am 13. Januar 1875 aufgenommen in einem sehr elenden Zustande mit einer Verbrennung durch Fallen wider einen glühenden Ofen. Die Verbrennung war III. Grades, sehr wenig ausgedehnt und betraf nur die vordere Fläche der rechten Tibia und der Patella in Handtellergrösse. Patientin war sehr collabirt und starb am 10. April an Collapsus.

Eine Verbrennung verdient noch besondere Erwähnung, indem sie etwa $1/3$ der Körperoberfläche betraf, hauptsächlich die Oberschenkel, die Genital-, Gesäss- und untere Bauchgegend.

24. November 1875. Werkes, Therese, $1 1/2$ Jahr, aus Cöln, Patientin ist augenblicklich noch im Hospital. Die Verbrennung war am linken Oberschenkel und an der linken untern Bauchgegend ziemlich tiefgehend, III. Grades.

Behandlung. Permanente Bäder und Umschläge von Oleum Lin. u. Aq. Calc. Trotz der grossen Ausdehnung der Verbrennung nach Umfang und Tiefe, und trotzdem dass Patientin noch eine Scarlatina überstehen musste, war der Verlauf ein günstiger.

Die sehr ausgedehnte Granulationsfläche am linken Oberschenkel und an der untern Bauchgegend, welche nach Zoll, in

der Länge selbst nach Fuss zu berechnen war, verkleinerte sich immer mehr, und stellte sich hierbei der Oberschenkel in Flexion. Es musste dieserhalb eine Extension mittelst eines an dem Unterschenkel angebrachten Zuges angelegt werden.

Das Kind ist noch in Behandlung, und ist die Geschwürsfläche bis auf Handtellergrösse vernarbt, der Oberschenkel extendirt.

Erfrierungen

sind 4 Mal vorgekommen, jedes Mal an den Füssen und stets bei Männern. Dieselben bieten mit Ausnahme einer einzigen kein Interesse.

Bontenagel, Joh. Gerh., 51 Jahre alt, Schreiner aus Cöln, 9. December 1875 aufgenommen.

Patient hatte bei der sehr grossen Kälte im Monate December des Jahres 1875 in Ehrenfeld in einem offenen Schuppen drei Nächte hintereinander geschlafen und wurde mit Erfrierung beider Füsse aufgenommen. Die Sensibilität war ganz aufgehoben, die Haut grünlich verfärbt. Temp. 39,5 am Tage der Aufnahme, Abends 40,4.

12. December. Ausgedehnte feuchte Gangraen. Die Unterschenkel sind bis zum Knie ödematös geschwollen.

Behandlung. Ein Fuss wird mit Kali hypermanganic.-Lösung verbunden, wie sie Herr Sanitätsrath Jacobs für Altersgangraen empfohlen hat, und wie ich selbige auch in einem andern Falle zu erproben Gelegenheit hatte.

Der Erfolg war der, dass an dem Fuss, welcher mit Kali hypermanganic.-Lösung verbunden wurde, die Gangraeen sich rascher begrenzte, auch nicht soweit fortschritt als an dem andern Fusse.

Patient machte eine vollständige Pyaemie durch, hatte mehrmalige Schüttelfröste, indess nachher stellte sich erst eine Demarcationsline ein, und konnte ich, nachdem selbige eine vollständige war, an die Doppel-Amputation denken. Da Patient aber schon ein pyämische Infection überstanden hatte, und das Blut jedenfalls noch mit septischen Stoffen überladen war, so wagte ich nicht, im gesunden Gewebe eine neue Verletzung zu setzen, resp. die Tibia zu durchsägen, ich beschränkte mich darauf, für's Erste der untern Extremität alles Krankhafte in der Demarcationslinie, im Abgestorbenen mich haltend, abzutragen,

um nur keine Gefässlumina zu öffnen und den septischen Stoffen Gelegenheit zum Eintritte in's Blut zu geben, unbesorgt um die nachherige Ueberdeckung des Stumpfes, mit der Wahrscheinlichkeit eine Amputation nachschicken zu müssen, indess zu einer Zeit, wo Patient kräftiger und das Blut weniger mit zersetzten Stoffen überladen sein würde.

Am rechten Beine wurde der Fuss enucleirt aus dem Tibiotarsalgelenke, und die beiden Malleolen mit der Knochenzange abgekniffen. Der Granulationswall reichte nur sehr wenig tiefer als die Malleolen. Das Abkneifen der beiden Malleolen schien ohne Eröffnung des Knochenmarkes unbedenklich. Links war die innere Seite des Fusses, sowie die Fersenkappe ganz erhalten, während aussen die Grenze der Demarcation in der Höhe der untern Tibiafläche lag.

Auch hier wurde der Fuss exarticulirt im Tibiotarsalgelenke und die beiden Malleolen abgekniffen.

Behandlung nach Thiersch.

Der Verlauf war günstig, abgesehen davon, dass Patient in den ersten 8 Tngen doch stets Abends 40,0 Temp. hatte, was ich bei Amputationen fast nicht kenne, und was mir ganz bestimmt für eine Infection des Blutes trotz der beobachteten Vorsichts-Massregeln spricht; diese Temperatur hatte indess auch schon vor der Operation bestanden.

4. März 1876. Die Wunde ist linkerseits fast ganz verheilt, indess hat der Lappen sich sehr schlecht angelegt, es ist die Fersenkappe mit den seitlichen Lappen ganz nach hinten gewichen.

Rechts wird auch jedenfalls eine Nachresection des Amputationsstumpfes nöthig, indem eine grosse Granulationsfläche die ganze Breite des Knochens einnimmt.

18. August 1876. Die Wunde ist in der untern Fläche der Tibia ganz vernarbt. Die in Aussicht genommene Nachamputation ist vielleicht überflüssig geworden, wenn die Narbe an der untern Fläche der Tibia sich widerstandsfähig genug zeigt.

Complicirte Fracturen resp. Eröffnung von Gelenken kamen im Ganzen 25 Mal, 23 Mal bei Männern und 2 Mal bei Weibern zur Beobachtung.

Der Localität nach vertheilen sich dieselben wie folgt:

6 Mal am Oberschenkel, 5 Mal bei Männern, 1 Mal bei Weibern. Hieran starben 6, und zwar 4 am Shok sofort, unmittelbar nach der Aufnahme, der 5. und 6. 24 Stunden nach der Verletzung, ohne sich von dem Stupor zu erholen, gleichfalls am Shok.

Ohlig, N., Dilaceration des linken Unterschenkels und des rechten ganzen Beines. Der rechte Oberschenkel war abgerissen, der Femur zersplittert bis zum obern Drittel, die Muskulatur zerrissen und zerfetzt bis an die Leistenbeuge, innen bis zum Damme, der linke Fuss zermalmt. Patient war äusserst collabirt, ganz apathisch, fast pulslos. Die Exarticulation wurde gemacht. Patient starb unmittelbar post operationem.

Nippel, Karl, 19 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, 8. April 1875 aufgenommen.

Patient wurde von einer sogenannten Transmissionsmaschine gefasst und war nach der Verletzung eine Zeit bewusstlos.

Bei der Aufnahme, einige Stunden nachher, zeigte sich folgendes:

Fractura comminutiva des rechten Oberschenkels,
„ „ „ „ Unterschenkels,
„ „ „ „ Oberarmes,
„ complicata „ linken Oberschenkels,

ausserdem war eine Fractur der basis cranii höcht wahrscheinlich. Die Blutung aus Nase und Ohr, die Blutung aus der Augenhöhle und die Bewustlosigkeit deuteten mit ziemlicher Bestimmtheit darauf hin.

Die complicirte Fractur des Oberschenkels, sowie die Eröffnung des linken Kniegelenkes hätte die Amputatio femoris sin. nöthig gemacht, wenn nicht der bestehende Stupor und die Pulslosigkeit den baldigeu Eintritt des Todes mit Sicherheit in Aussicht gestellt hätten.

Behandlung. Antisepsis und Gipsverband. Der Tod trat nach wenigen Stunden ein.

Wingen, Hermann, 21 Jahre alt, dilaceratio femorsis et cruris dextri.

24. August 1875. Exarticulation. Tod.

Patient war mit dem rechten Beine in eine Dreschmaschine gekommen. Die Zerreissung des Unterschenkels und zu zwei Drittel des Oberschenkels war eine derartige, dass nur noch Fetzen von Musculatur übrig waren, sie ging bis zur Hüfte und erstreckte sich innen bis zum Damme. Es war kein Radialpuls zu fühlen; Patient war sehr apathisch und klagte fast gar nicht. Sein Gesicht hatte einen eigenthümlichen Ausdruck, wie man ihn bei Stupor stets findet.

Unter Compression der Bauchaorta wurde die Exarticulation gemacht, Blutung war sehr gering.

Patient starb indess unmittelbar nach der Operation.

Richard, Bernard, 68 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, 6. November 1875 aufgenommen.

Fractura maxillae sup., vulnus permagnum faciei et capitis, fractura complicata femoris dextri et cruris sinistri, dilaceratio antibrachii.

Anamnestisch war über die Entstehung der Verletzung, da Patient bewusstlos gewesen und noch benommen war, Nichts zu eruiren. Die ganze linke Backe war fetzig von der Nase und dem Auge nach unten abgehoben und der Oberkiefer zertrümmert. Auf dem Schädeldache befanden sich noch mehrere Wunden. Der rechte Oberschenkel war zerschmettert, das Kniegelenk geöffnet, der linke Unterschenkel complicirt fracturirt, am rechten Vorderarme bestand eine fetzige, grosse Risswunde. Von einer Behandlung war Nichts zu erwarten, da Patient neben seinen ausgedehnten Verletzungen äusserst apathisch war.

Die Gesichtslappen wurden durch einige Nähte fixirt, Benzoëverband allerwärts angelegt. Patient delirirte in der Nacht und starb 12 Stunden nach der Verletzung.

Dunker, Wilhelm, 29 Jahre alt aus Cöln, Fractura femoris dextri et cruris sinstri.

3. November 1875. Das rechte Bein war dem Patienten abgerissen. Die Zerreissung ging vorn bis in die Leistenbeuge und hinten bis zur Gesässfalte. Der linke Fuss war total zerschmettert.

Radialpuls kaum zu fühlen. Patient starb unmittelbar nach vollendeter Exarticulation des Femur.

Wieland, Margaretha, geb. Eich, 61 Jahre alt aus Berzdorf. Dilaceratio femoris et cruris sinistri. Patientin wurde von einer Locomotive überfahren; das linke Bein wurde total zermalmt. Patientin war äusserst apathisch. Amputation im obern Drittel des Oberschenkels. Behandlung mit Benzoëwatte. Tod 24 Stunden nach der Verletzung.

Complicirte Fracturen des Unterschenkels.

Sind im Ganzen 13 zur Beobachtung gekommen; 12 bei Männern, 1 bei einem Weibe.

Von diesen 13 heilten 4 ohne Weiteres, eine ist noch in Behandlung und fast geheilt, ein Patient wurde amputirt und starb an Pyaemie, einer starb an Delirium tremens, bei einem wurde die Resection des Fusses gemacht und Heilung erzielt, einer starb an Pyaemie, nachdem er 14 Tage nach seiner Entlassung mit einer septischen Fascienvereiterung wieder aufgenommen worden. Drei starben an Pyaemie durch ausgedehnte Verletzung des resp. der Oberschenkel und anderer Organe, sie fanden schon im vorigen Abschnitte ihre Erwähnung.

Zuerst werde ich kurz die tödtlich verlaufenen Fälle abhandeln. Sechs Fälle nahmen einen tödtlichen Ausgang.

1. Schramm, Anton, 25 Jahre alt, Brauer aus Düsseldorf, wurde aufgenommen am 26. Januar 1875 mit fractura tibiae dextrae complic. Der Verlauf war anfänglich ein günstiger, indess am 30. Januar stellte sich furibundes Delirium tremens ein, welchem Patient erlag.

2. Ulrich, Anton, 57 alt, mit fractura cruris dextri complic. am 18. December 1874 aufgenommen, wurde direct nach der Verletzung amputirt. Patient starb an Pyaemie, 11. Januar 1875.

Vide sub capitulo „Pyaemie“, nicht antiseptisch behandelt.

3. Paffrath, Wilhelm, 27 Jahre alt. Dilaceratio et fractura complicata beider Unterschenkel und des rechten Armes. Am 13. Februar 1875 aufgenommen. Tod am 2. März 1875. Die Verletzung war eine so ausgedehnte, dass der Tod mit Sicherheit zu erwarten war. Eigentlich hätte eine Doppel-Oberschenkel-Amputation und Amputation des rechten Oberarmes gemacht werden müssen.

Vide sub capitulo „Pyaemie, nach Lister behandelt“.

4. Ter, Peter, 31 Jahre alt, Fractura complicata des linken Fusses, am 17. September 1875 aufgenommen, 28. November gestorben an Pyaemie, nach gemachter Amputatio femoris bei schon bestehender Pyaemie; nach Thiersch behandelt. Vide sub capitulo „Pyaemie bei nach Thiersch Behandelten".

Bei dem Patienten hatte sich ein Decubitus entwickelt, ausserdem war die Lagerung eine unzweckmässige, so dass der Ausgang in Pyaemie nicht der Behandlungsmethode zur Last gelegt werden kann.

5. Lützenkirchen, Hermann, 25 Jahre alt, aus Cöln, Fractura complic. cruris, 4. December 1875 aufgenommen, 21. December 1875 gestorben.

Patient fiel vom Zuge herunter und wurde von demselben überfahren. Bei der Aufnahme ergab sich nach der Krankenschichte folgendes:

Auf dem Kopfe befindet sich eine 1½" lange Wunde, der rechte Unterschenkel ist über dem Fusse complicirt und comminutiv zerbrochen, die Wunde, aus der die Muskelfetzen heraushängen, ist 1—5/4" lang. Das Gefühl ist fast ganz aufgehoben.

Da ich zufällig unwohl war, sah ich den Patienten erst am andern Tage, als schon der Versuch der conservativen Behandlung gemacht war. Ich muss allerdings sagen, dass ich wahrscheinlich diesen Versuch nicht gemacht haben würde, da erstens das Gefühl in den Zehen fast ganz aufgehoben war, so sagt die Krankengeschichte, und da zweitens der Unterschenkel von einem Eisenbahnzuge überfahren worden war. Eine Erfahrung ist's, dass dann die Quetschung eine ausserordentlich grosse und der Knochen sehr zersplittert ist, so dass fast ausnahmslos Brand eintritt. Behandlung nach Thiersch. Nach einer Stunde trat Blutung ein und wurde daher ein carbolisirter Schwamm eingelegt.

8. December 1875. Sehr hohe Temperatur. Der Oberschenkel war ödematös. Die Leistendrüsen waren entzündet. Lymphangoitis.

9. December. Das Oedem am Oberschenkel war stärker geworden. Die Zehen waren gangränös und gefühllos. Amputatio femoris im obern Drittel.

10. December. Sehr hohe Temperatur 40,0. Schüttelfrost. Letzterer wiederholt sich fast täglich.

21. December. Exitus letalis.

Die Section wies metastatische Pyämie nach.

Braun, Jos., 54 Jahre alt, Gärtner aus Cöln, verliess gegen meinen Willen das Hospital mit einer kleinen Fistel und einem necrotischen Knochensplitter in der Tiefe, welche nach einer complicirten Unterschenkelfractur zurückgeblieben waren, und wurde nach 10 Tagen wieder aufgenommen mit einer Fascieneiterung des Unterschenkels.

Die Amputation wurde verweigert, und es wurde daher, um möglicherweise das Leben zu retten, die Resection des Fussgelenkes gemacht.

Behandlung nach Lister.

Patient ging pyämisch zu Grunde.

Bei einem der complicirten Unterschenkelfracturen musste nachträglich die Resectio des Fussgelenkes gemacht werden.

Lebou, Lambert, 31 Jahre alt, Hutmacher aus Lüttich wurde aufgenommen mit einer Fractura compl. cruris dextri. An der Innenseite dicht oberhalb des Malleolus internus verlief eine quere Wunde, durch welche die Tibia mit ihrem obern Fracturende durchschaute.

Behandlung. Einspritzung von Chlor-Zink-Lösung, Gipsverband und Lister'scher Verband.

Der Verlauf war Anfangs ein sehr ungünstiger. Dauernd war die Temperatur Abends nahe resp. über 40.0, so dass ich von einem Tage zum andern mit der schon intendirten Amputation zögerte. Es bestand rings um die Wunde herum in ziemlicher Ausdehnung Gangraen.

11. März. Die Wunde hat sich allmälich gereinigt, indess besteht noch eine starke Eiterung, es blutet die Wunde leicht. Es wird daher die Resectio des Fussgelenks gemacht. Zwei seitliche Schnitte werden angelegt. Es wird die untere Fläche der Tibia und der Fibula und der ganze Talus entfernt, und die obere Fläche des calcaneus, welche rauh war, ausgekratzt.

Die vordere Hautbrücke war sehr schmal, nur $^3/_4$'' breit, indem der äussere Theil der vordern Gelenkbedeckung von zahl-

reichen Fisteln durchsetzt war und bei der Operation bis auf den Rest von 3/4'' einriss.

Der Verlauf war Anfangs nicht günstig. Die Eiterung war sehr stark, bis ich mit den Einspritzungen von Carbolsäure, welche ich, wie ich Eingangs im Allgemeinen Theile bemerkte, etwas häufig machte, aufhörte. Mit dem Aussetzen der Einspritzungen wurde die Secretion geringer, und der Verlauf war von da ab ein normaler.

20. Mai. Die Eiterung war wieder profuser. Die Untersuchung mit der Sonde ergab das Vorhandensein einzelner Splitter. Entfernung derselben.

5. Januar 1876 geheilt entlassen. Der Unterschenkel war um 1'' verkürzt, das Gelenk beweglich, die Fisteln geschlossen. Patient wurde entlassen mit einem ganz brauchbaren Fusse, er konnte in einem Schuhe mit erhöhtem Absatze gut marschiren.

Ein Fall bedarf noch besonderer Erwähnung wegen der colossalen Ausdehnung der Verletzung und der gleichzeitigen Complication mit Schwangerschaft der betreffenden Patientin.

Palm, Anna, Marg., 34 Jahre alt aus Grevenbroich, 4. December 1875 aufgenommen mit einer Fractura complicata cruris sinistri.

Patientin war in einen Keller gefallen.

An der Innenseite des linken Unterschenkels befindet sich eine 5 cm. lange, quere Wunde. Die Wundränder sind zerrissen und zerfetzt, die Musculatur hängt in Fetzen zur Hautwunde heraus. Die Knochen sind in der Mitte fracturirt, die Tibia zersplittert, das obere Bruchende der Tibia ist 3 cm. weit hinauf von Musculatur und stellenweise von Periost entblösst, und hat mit dem scharfen Bruchende die Musculatur zerfleischt. Patientin ist gravida im 8. Monat. Es besteht eine nicht zu stillende Blutung aus dem Knochenmark.

Behandlung. Einlegen eines Carbolschwammes und trockener Salicylverband. Das Bein wird in einen Drahtkorb gelegt.

11. December. Erster Wechsel des Verbandes und Entfernung des Schwammes. Das Bein wird auf die Volkmann'sche Schiene gelegt.

17. December. Die Eiterung war etwas stark und es musste daher der Verband häufiger gewechselt werden; da ich Letzteres

bei der grossen Beweglichkeit der Fragmente fürchtete, so leitete ich die Berieselung ein. Der Verlauf war von da ab günstig, nur dass Patientin drei Mal ein Erysipel überstand. Es wird der trockene Verband wieder angelegt.

28. Januar. Die Eiterung ist gering.

Da sich leichte Wehen einstellen, so wird der trockene Salicylverband durch einen starken Gipsverband verstärkt, damit während der Entbindung die Fragmente möglichst wenig bewegt würden. Der Verband war zur richtigen Zeit angelegt worden, denn in der darauf folgenden Nacht gebar Patientin einen kräftigen Knaben.

8. Februar 1876. Da sich durch die Retention des Eiters Fieber einstellte, so musste der Gipsverband entfernt und der Salicylverband gewechselt werden.

24. Februar. Der Verlauf ist bis jetzt ein günstiger, die Eiterung wird immer geringer, indess ist ein grosses Stück von der Tibia necrotisch.

28. Februar. Das necrotische Knochenstück wird entfernt.

28. März. Verlauf ist sehr günstig, die Fisteln schliessen sich, und wird Patientin nach etwa 14 Tagen auf Wunsch entlassen.

Bei einer andern complicirten Fractur

Cütz, Andreas, 40 Jahre alt, aufgenommen mit Fractura compl. cruris, musste ebenfalls nachträglich ein necrotischer Splitter entfernt werden.

Bei einem Patienten

Spiegel, Bernhard, 28 Jahre alt aus Brück, welcher aufgenommen wurde mit Fractura complic. cruris sin. musste noch nach drei Monaten das stark hervortretende obere Fracturende der Tibia entfernt werden.

Zerreissungen des Fusses

kamen bei 6 Männern complicirt mit Fractur der Knochen resp. Eröffnung eines Gelenkes vor.

Zwei von diesen Verletzungen bedürfen ihrer grossen Ausdehnung halber einer genauern Besprechung. Ich glaube um so mehr diese Fälle etwas detaillirter erörtern zu müssen, als ich in beiden Fällen trotz der grossen Zermalmung der Fusswurzel-

knochen und Zerreissung der Sehnen, trotz Eröffnung einzelner Gelenke den conservativen Weg der Behandlung eingeschlagen habe. Volkmann sagt: An der Hand darf man nicht conservativ genug sein, am Fusse bei Quetschwunden mit Zermalmungen von Knochen, Zerreissungen von Sehnen und Eröffnungen der kleinen Gelenke sich nicht genug vor zu grosser Ausdehnung der conservativen Chirurgie hüten.

In beiden Fällen waren die Verletzungen sehr starke; trotzdem konnte ich mich nicht entschliessen, den Fuss zu amputiren, indem ich kühn geworden durch den Erfolg der antiseptischen Behandlung auch hier noch einen günstigen Ausgang erwartete. Doppelt schwer war mir der Entschluss zur Amputation, trotzdem mir der wohlberechtigte Rath von Prof. Volkmann bekannt war, da in einem Falle beide Füsse hätten abgenommen werden müssen.

Zingsheim, Konrad, 25 Jahre alt, Bremser aus Cöln, wurde aufgenommen am 23. Februar 1875 mit Dilaceratio permagna und Fracturen einzelner Tarsal- und Metatarsal-Knochen beider Füsse.

Patient fiel auf die Eisenbahnschienen und wurde von den Rädern eines Eisenbahnwaggons überfahren; er zog die Füsse zurück und blieb ruhig liegen, während noch mehrere Waggons über ihn weggingen, ohne ihn zu verletzen. Rechter Fuss zeigt weniger äussere Verletzungen, indess ist überall in der Gegend der Tarsal- und Metatarsalknochen, besonders an der innern Seite, Crepitation nachzuweisen. Am linken Fusse besteht eine ausgedehnte Zerreissung der planta pedis; die kleine und 4. Zehe ist abgequetscht, aber noch durch eine Hautbrücke mit dem Fusse verbunden.

Das Gefühl war in den Zehen beider Füsse für einige Tage absolut verschwunden, die Füsse waren kalt.

Behandlung nach Lister.

Der Verlauf war ein günstiger, die beiden Zehen, 4. und 5. des linken Fusses haben sich abgestossen.

15. März. Der Verlauf war bis jetzt ein günstiger, indess die Eiterung am rechten Fusse sehr stark, und machte ich hier die Resection des 1. und 2. Metatarsus und des entsprechenden Tarsal-Knochens, des os cuneiforme primum et secundum; am linken Fusse entfernte ich das os cuneiforme primum.

In diesem Falle lies ich mich durch die Eiterung ausnahmsweise verleiten, schon in einer frühern Zeit, nämlich in der 3. Woche nach der Verletzung, die Resection vorzunehmen, ein Vergehen, welches fast mit dem Leben des Patienten bestraft worden wäre.

Es trat nach der Operation am nämlichen Abende noch Temperaturerhöhung ein und am nächstfolgenden Tage mehrmals ein Schüttelfrost.

Die Symptome der Infection dauerten 14 Tage fort. Die Schüttelfröste wiederholten sich nicht mehr, indess schwitzte Patient drei Wochen ganz intensiv, und trat so allmählich Besserung der Wunde, die anfänglich diphtheritisch belegt war, und des Allgemeinbefindens ein. Patient erhielt viel Cognac und sehr kräftige Nahrung.

In Parenthesis bemerkt, habe ich diese Beobachtung, dass die Blutvergiftung unter langdauerndem profusen Schwitzen sich allmählich verlor, auch noch in einem zweiten Falle, wo ganz entschiedene Symptome von Pyaemie bestanden, gemacht.

1. Juni. Der Verlauf war in der letzten Zeit durchaus günstig, die Wundflächen haben sich bedeutend verkleinert; doch musste ich noch die erste und ein Stück der 2. Zehe des linken Fusses reseciren, indem selbige necrotisch waren.

17. Juni wird Patient geheilt entlassen mit geschlossenen Fisteln.

Nach zwei Monaten stellt Patient sich in der Ambulanz nochmals vor mit einer neuen Fistel des linken Fusses und entfernte ich einen necrotischen Knochensplitter. Der Verlauf war ein sehr guter.

Patient hat sich im Jahre 1876 nochmals vorgestellt mit zum Gehen sehr brauchbaren Füssen.

Franz, Wilhelm, 27 Jahre alt, Bremser aus Neuwied, 13. Februar 1875 aufgenommen.

Beim Anhängen der Locomotive an den Zug wurde der rechte Fuss von den Rädern der Maschine erfasst, die Zerreissung der Weichtheile war an der innern Seite des Fusses, gegenüber der Verbindung des 1. Metatarsalknochens mit dem ersten Keil-

beine ziemlich ausgedehnt, das Gelenk war eröffnet, der Metatarsalknochen und das Keilbein zertrümmert.

Behandlung nach Lister.

14. März. Der Verlauf war ein ganz normaler, es wurden die necrotischen (2. und 3.) Keilbeine, sowie der 2. Metatarsus entfernt.

1. April. In den ersten Tagen nach der Operation fieberte der Kranke, sonst war der Verlauf bis zum Abschlusse der Heilung ein ganz normaler.

7. Juni. Patient wird geheilt entlassen. Der Fuss ist an der innern Seite etwas verkürzt, indess hat er doch eine schöne Form und kann vom Patienten zum Gehen gut verwandt werden.

Entzündliche Affectionen der untern Extremitäten kamen 431 Mal und zwar 272 Mal bei Männern und 159 Mal bei Weibern zur Beobachtung.

Ekzem sah ich 42 Mal, bei Männern 25 Mal, bei Weibern 17 Mal.

Die Behandlung bestand entweder in permanenten hydropathischen Umschlägen, oder es wurde dasselbe nach Hebra mit der Hebra'schen Salbe behandelt und Theereinpinselungen nachgeschickt.

Erysipelas wurde 13. Mal beobachtet; 7 Mal bei Männern und 6 Mal bei Weibern.

Herpes zoster ist ein Mal verzeichnet bei der 56 Jahre alten Frau Wachtling.

Der Herpes verbreitete sich im Gebiete des 11. Lumbalnerven.

Behandlung. Streupulver von Amylum.

Peliosis rheumatica kam ein Mal bei einer Frau Schroeder, 52 Jahre alt, aus Wicheroth, zur Beobachtung. Seit 3 Wochen hatte Patientin Schmerzen in verschiedenen Gelenken, seit 10 Tagen zeigten sich rothe Flecken auf den obern und untern Extremitäten.

Behandlung. Ruhe. Leberthran-Einreibungen.

Eingewachsene Nägel sind 19 Mal: 12 Mal bei Männern, 7 Mal bei Weibern beobachtet worden, jedes Mal war

die dicke Zehe die betroffene. Die Behandlung bestand in allen Fällen in Abtragung der betreffenden Nagelhälfte. Zugleich entfernte ich durch einen senkrechten Schnitt den Nagelfalz und den wuchernden Granulationsknopf. Ohne diese Vorsichtsmassregel traten zu oft Recidive ein, mit derselben habe ich noch kein Recidiv beobachtet. Ich kann nicht umhin, hier auf die rasche Heilung der Wunde nach dieser Operation hinzuweisen, wenn man dieselbe nach Thiersch behandelt. Entfernt man nach 8 Tagen den Thiersch'schen Verband, so hat man fast ausnahmslos eine glatte Narbe vor sich, während sonst die Heilung oft 4—6 Wochen auf sich warten lässt.

156 Ulcera cruris sind verzeichnet, 96 Mal bei Männern, 60 Mal bei Weibern und zwar bei Letztern 11 Mal, syphilitischen Ursprungs. Es ist dies eine Bestätigung der täglichen Beobachtung, dass die vernachlässigten Fälle von Syphilis gerade bei Weibern zumeist zur Beobachtung kommen.

Sieben Mal hatten die Unterschenkelgeschwüre zu Elephantiasis des Unterschenkels geführt.

1 Mal kamen bei einem Frl. X., 18 Jahre alt, aus Cöln, zerfallene Condylomata zwischen den Zehen vor. Nach der Einreibung von Ungt. ciner. und der örtlichen Bedeckung mit dieser Salbe heilten dieselben innerhalb 6 Wochen.

Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre war eine sehr verschiedene, bald wurden hydropatische Umschläge gemacht, bald wurde Ung. Hebrae gebraucht, in andern Fällen Höllensteinsalbe; zumeist indess erreichte ich Heilung bei der Einwickelung mit Pflasterstreifen von Emplastrum diachylsimpl. Wenn das Unterschenkelgeschwür sehr unrein war, so habe ich dasselbe einige Male mit gutem Erfolge ausgekratzt.

Ausserdem habe ich in letzterer Zeit bei einem jeden Unterschenkelgeschwür das untere Bettende hochstellen lassen, und glaube ich durch die dadurch erzielte Veränderung des Blutzuflusses eine raschere Heilung zu erzielen.

Bei sehr hartnäckigen und grössern Unterschenkelgeschwüren habe ich in 4 Fällen die Reverdin'sche Transplantation gemacht.

Die Läppchen heilten fast ausnahmslos an. Bei einer Frau wurden auf ein sehr ausgedehntes Ulcus 156 Läppchen von

den beiden Oberschenkeln transplantirt und alle bis auf 9 heilten an.

In der grossen Anzahl der Fälle gelang auf diese Weise die Heilung, indess liegen augenblicklich noch 7 Fälle auf der Station, bei denen zwar unter der gewöhnlichen Behandlung die Geschwüre zuheilten, und Patienten auf kurze Zeit entlassen worden sind; dann aber kehrten selbige innerhalb kurzer Zeit wiederum in die Anstalt zurück mit Recidivens. Bei zwei Fällen ist indess bis dahin die Heilung nie erzielt worden.

Der Vorgang bei der Reverdin'schen Transplantation ist folgender: Die Wunde wird abgespritzt, hierauf ein kleines gesundes Epidermisläppchen mit der Pincette gefasst, abgehoben, mit dem Messer in einem Zuge abgetragen und dann auf der Wundfläche möglichst genau in der Nähe des Randes ausgebreitet. Ueber das Ganze wird Staniol gelegt, und letzteres mit einer Binde angedrückt; am 4.—5. Tage wird der Verband vorsichtig abgenommen. Dies wiederholte ich alle 10—14 Tage.

Von den 4 sind 2 in diesem Augenblicke geheilt und ein dritter, eine Patientin, war geheilt, indess zerfiel die junge Narbe 14 Tage, nachdem die Kranke das Bett verlassen hatte, so dass sie jetzt nochmals der Behandlung unterworfen werden musste.

Im Juli 1876 ist Patientin geheilt entlassen worden, indess auch erst wiederum nach Zuhülfenahme der Reverdin'schen Methode.

Gerhard, Conrad, aus Cassel, litt an ulcus cruris.

17. October 1875. Das Geschwür war 12 cm. breit und 5 cm. hoch.

Es wurden nach Reverdin Läppchen überpflanzt. Das Geschwür verkleinerte sich. Jetzt trat Erysipelas ein.

In diesem Falle überholte die Natur die Anstrengungen der Kunst, denn nach Ablauf des 3 Wochen dauernden Erysipels war das allerdings schon vorher durch die Transplantationen bedeutend verkleinerte Geschwür fast ganz verheilt.

Hömmerich, Gertrud, 53 Jahre alt, aus Cöln, seit dem 15. December des Jahres 1875 Insassin des Hospitals wegen eines ulcus cruris.

In diesem Falle war durch 5malige Ueberpflanzung von Läppchen das bis dahin jeder Behandlung trotzende Geschwür bis auf die Grösse eines Silbergroschens zugeheilt; da auf einmal zerfiel dasselbe und erreichte wieder seine alte Grösse.

Nachträglich ist im Jahre 1876 auch in diesem Falle die Heilung durch Ueberpflanzung von Läppchen erzielt worden.

In den zwei andern Fällen hat die Transplantation indess verhältnissmässig rasch zur Heilung geführt.

Schmidt, Gertrud, 25 Jahre alt, 27. Juli 1875 aufgenommen.

Alle Behandlungsmethoden liessen im Stiche. Das Geschwür trug durch die serpiginöse Ausdehnung den Character eines syphilitischen. Die Infection wurde zwar geleugnet.

Behandlung: Zittmann'sches Decoct innerlich, sowie Auflegung von Emplastrum mercuriale.

Das Geschwür änderte sich innerhalb 6 Wochen zwar in seinem Charakter, sah besser, frischer aus, verkleinerte sich indess wenig.

Ich schritt desshalb zur Ueberpflanzung von Reverdin'schen Läppchen. Das Geschwür hatte jetzt noch eine Ausdehnung in der Höhe, vorn von 7 cm., aussen und hinten von 11 cm. und umgriff das Bein bis auf 2 cm.

1. Januar 1876. Es wurden in 9 Sitzungen 151 Läppchen überpflanzt, von denen nur 10 nicht anheilten. Ein Mal hatte ich auch den Versuch der Transplantation eines thalergrossen Stückes aus der Brust gemacht, welcher indess misslang.

11. März 1876. Es sind nochmals in 4 Sitzungen 41 Stückchen überpflanzt worden; Geschwür ist darauf verheilt, der frischen Narbe halber hütet Patientin noch das Bett.

In einem andern Falle machte ich auch mit Erfolg, wie oben schon erwähnt, die Reverdin'sche Transplantation, indess kaum war Patient 14 Tage ausserhalb des Bettes, da bestand das Geschwür wieder in der alten Ausdehnung. Ich muss diesen Fall etwas genauer besprechen, indem er ein allgemein chirurgisches Interesse hat.

Vorausschicken will ich, dass Patient im Jahre 1876 nochmals in meine Behandlung zurückkehrte, dass er wieder durch

Ueberpflanzung von Reverdin'schen Läppchen, nachdem alle andern Methoden der Behandlung im Stiche gelassen, geheilt wurde und dass er auch zwei Monate lang geheilt blieb. Augenblicklich hat er wieder seinen alten Dienst als Krankenwärter übernommen.

Patient erlitt vor Jahren eine ausgedehnte Verbrennung des rechten Beines von der Mitte des Oberschenkels an abwärts in der ganzen Peripherie des Beines. Die Verbrennung war eine tiefgehende, wie mir der behandelnde Arzt, Herr Kreis-Physicus Albers, die Güte hatte, mitzutheilen. Die Heilung ging gut von statten bis auf die vordere Kniegegend, die Kniescheibe und deren Umgebung in der Ausdehnung von drei Finger Breite wollte nicht zuheilen.

Hierauf pflanzte Herr Dr. Albers, nachdem er zuvor die Wundfläche auf der Kniescheibe oberflächlich angefrischt hatte, ein 2—2½ Zoll im Durchmesser grosses rundes Stück, welches er von der Brustgegend über dem Sternum entnahm, und befestigte dasselbe an der Peripherie mit Suturen. Herr Dr. Albers legt besonderen Werth darauf, dass kein Fettgewebe an der unteren Lappenfläche anhaftet. Ueber den so fixirten Lappen wurde hierauf Charpie gelegt und das Ganze mit einer Flanellbinde ziemlich fest angedrückt. Nach 5 Tagen wurde der Verband gewechselt und es war der Lappen angeheilt.

Die Transplantation wurde zwei Mal mit dem nämlichen Erfolge wiederholt. Es blieb nachher nur noch unterhalb der Kniescheibe sowie nach aussen von derselben ein tiefes, granulationsarmes, fingerbreites Geschwür, welches jeder Behandlung trotzte.

In diesem Zustande kam Patient, nachdem er schon mehrere Hospitäler durchwandert hatte, auch in das hiesige, um hier die Heilung des Ulcus zu erzielen.

Nachdem alle landesüblichen Behandlungsmethoden versucht worden, schabte ich das Geschwür aus, um eine bessere Granulationsproduction zu erreichen und pflanzte, nachdem dies gelungen war, Reverdin'sche Läppchen auf. Dasselbe verkleinerte sich hierauf rapide und heilte endlich nach zweimonatlicher Behandlung zu, um indess nach 14tägigem Aufenthalte ausserhalb des Bettes während welcher Zeit Patient Wärterdienste that, wieder die alte Ausdehnung zu erreichen.

Hierauf entschloss ich mich, ebenfalls einen grossen Lappen aus der Brust überzupflanzen und machte dies ganz genau nach den mir von Herrn Dr. Albers eingeholten Vorschriften. Indess zwei Mal misslang mein Versuch und ich schritt daher nochmals zu der Transplantation von Reverdin'schen Läppchen. Die Heilung ist jetzt seit 3 Monaten eine dauernde; jedoch halte ich mich nicht für berechtigt, hieraus den Schluss zu ziehen, dass sie auch fernerhin andauernd sein wird.

Im Anfange habe ich auch den Lister'schen Verband bei grossen Geschwüren gebraucht, jedoch kann ich nicht sagen, dass derselbe einen besonders günstigen Einfluss auf die Geschwüre gehabt hätte, im Gegentheil habe ich gefunden, dass dieselben durch den Reiz der Carbolsäure stets an Ausdehnung gewannen.

Ein Mal musste wegen eines Ulcus auf der Höhe des Fersenhöckers die Amputatio cruris gemacht werden, nachdem alle andern Versuche der Heilung vergeblich waren.

Herzog, Josef, 25 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Cöln, ulcus pedis dextri. 28. Januar 1875 aufgenommen, 14. December 1875 geheilt entlassen.

Im Jahre 1862 gerieth Patient mit dem rechten Fusse in eine Maschine; der Verlauf der Heilung war damals ein günstiger. Es stiessen sich mehrmals unter phlegmonöser Entzündung der Gegend der Ferse und des angrenzenden Theiles des Unterschenkels Knochenstückchen ab; allmälig entwickelte sich ein Pes equinus und in Folge des Druckes auf die narbige Ferse ein Ulcus, welches mehrmals Gegenstand der Hospitalbehandlung war.

Nachdem alle meine Bemühungen während 4 Monaten vergeblich gewesen waren, entschloss ich mich zur Transplantation eines Lappens aus der Wadengegend. Die Aussicht auf Erfolg war wegen der ausgedehnten Narben im ganzen Bereiche des unteren Drittels des Unterschenkels sehr gering, indess wollte ich diesen Versuch der in's Auge gefassten Amputation vorausschicken.

Der Lappen ward grangraenös. Ich hatte jetzt noch die Absicht, den hintern Theil des Fersenbeines zu reseciren und den Fuss in der Chloroformnarcose richtig zu stellen, indem ich hierdurch Raum gewann für die Ueberpflanzung des Ulcus mittelst der angrenzenden, allerdings narbigen Haut, ohne eine Transplan-

tation machen zu müssen. Das Drängen des Patienten sowie die narbige Beschaffenheit der Umgebung bestimmten mich indess zur Amputation.

22. Juni machte ich die Amputation an der obern Grenze des untern Drittels; da die Narbe weit hinaufreichte und durch die Transplantation noch eine Granulationsfläche auf dem Unterschenkel bestand, so musste ich etwas hoch amputiren.

Das Periost wurde abgelöst und der Knochenstumpf mit Catgut vernäht. Die Hautbedeckung musste vom Rücken des Fusses genommen werden, weil sonst die Bedeckung fehlte.

Behandlung nach Thiersch.

Der Verlauf war ein sehr günstiger; es trat absolut kein Fieber ein während der ganzen Dauer der Heilung. Der Verband wurde nur 2 Mal gewechselt.

Es kamen 7 Fälle von Elephantiasis zur Beobachtung.

Zu dem einen Falle gesellte sich septische Phlegmone, und erlag Patientin derselben. Vide sub. cap. „sept. Phlegmone“.

In zwei Fällen wurde die Amputation des Oberschenkels gemacht, weil in beiden die Elephantiasis sich bis auf's untere Ende des Oberschenkels ausdehnte. Einer der Patienten litt durch die lang andauernde Eiterung an amyloider Degeneration der Unterleibsorgane und speciell der Nieren. Der andere litt an ausgeprägtem Marasmus. Beide Fälle endeten trotz des sonst günstigen Wundverlaufes letal.

Die Section konnte in beiden ganz verheilten Amputationsstümpfen Nichts nachweisen.

Hecker, Christian, 31 Jahre alt, Tagelöhner aus Buir, mit Elephantiasis cruris. 30. December aufgenommen, 17. Januar gestorben an amyloider Degeneration.

Seit seinem 21. Lebensjahre litt Patient am linken Unterschenkel; durch Stoss zog er sich eine Verletzung etwa in der Mitte desselben zu und es entwickelte sich hieraus ein Geschwür. Wenn das kleine Geschwür ab und zu, trotzdem dass Patient dauernd seine Arbeit fortsetzte, sich schloss, so schwoll der Unterschenkel stets colossal an; derselbe wurde allmälich immer dicker und nahm eine knollige Beschaffenheit an.

Patient sieht blass und anaemich aus. Der linke Unterschenkel ist colossal verdickt. Die Zehen sind durch tiefe

Furchen in einzelne knollige Abschnitte getheilt. Ebenfalls besteht eine solche Furche oberhalb des Fussgelenkes. Der Fuss ist an mehreren Stellen mit dicken, warzigen, knolligen Auswüchsen bedeckt, der Unterschenkel bretthart. Es besteht kein Geschwür.

Behandlung: Amputation des Oberschenkels im obern Drittel, weil die Elephantiasis sich noch auf den Oberschenkel erstreckte. Es dürfte wohl stets gerathen sein, bei Amputationen wegen Elephantiasis soweit als möglich vom betroffenen Theile entfernt zu operiren, denn die Erweiterung der Venen erstreckt sich immer weiter hinauf, als man vermuthet.

Auch im vorliegenden Falle waren die Venen stark erweitert, und die Blutstillung machte trotz der Esmarsch'schen Blutleere einige Schwierigkeit.

Es wurde auch hier das Periost mit der anhaftenden Musculatur abpräparirt und die Periostlappen über dem Knochenstumpfe mit Catgut vernäht. Behandlung nach Thiersch. Verlauf sehr günstig.

9. Januar. Zehn Tage nach der Amputation wird der Verband zum ersten Male gewechselt, weil Patient über Schmerz klagt. Die Wunde sieht sehr gut aus, die Eiterung ist gering; die Fäden werden entfernt, ebenso das eingelegte Drainagerohr. *)

14. Januar. Patient ist sehr heiser. Im Pharynx ist Diphtheritis nachzuweisen. Wegen des bestehenden Fiebers wird der Verband gewechselt. Der Stumpf sieht gut aus.

16. Januar. Patient stirbt plötzlich Nachts unter Krämpfen.

Die Section wies amyloide Degeneration der Milz, Nieren und Leber nach. Die Amputationswunde ist fest verklebt, nirgends ist Eiter nachzuweisen. Das Periost liegt dem Stumpfe an.

Worringen, 70 Jahre alt, Küster aus Cöln, war vor etwa $1\frac{1}{2}$ Jahr in meiner Behandlung wegen Ulcus cruris. Das Ge-

*) Statt des Drainagerohres habe ich in der letzten Zeit mehrfach zusammengelegte Catgutfäden gebraucht. Ich umging dadurch die Nothwendigkeit, zum Zwecke der Entfernung des Rohres einen Verbandwechsel vornehmen zu müssen, und erreichte doch dasselbe, der Abfluss der Secrete ging ebenso leicht von statten. Innerhalb 6—10 Tage fand ich die Catgutfäden stets vollständig resorbirt.

schwür drang bis auf den Knochen; ringsherum war die Haut um ½" höher stehend, als das Geschwür, und sehr infiltrirt; Es gelang mir innerhalb eines halben Jahres dasselbe bedeutend zu verkleinern. Die gleich im Anfang vorgeschlagene Amputation wurde verweigert.

Nach einem Jahre bekam ich den Patienten wieder in Behandlung. Das Geschwür hat sich bedeutend vergrössert; die Verdickung in der Umgebung desselben hat wieder zugenommeu. In der Mitte des Geschwürs geht von der vordern Fläche der Tibia ein blumenkohlartiges Gewächs aus, welches die Umgebung weit überragt. Die Secretion ist eine sehr reichliche und stinkende.

Am Tage der Aufnahme war das Bein bei einer Drehung im Bette gebrochen.

Die Diagnosis lautete auf Epitheliom, entstanden in einem Unterschenkelgeschwüre, was die nachherige microscopische Untersuchung auch bestätigte.

Patient war äusserst schwach, sah wachsbleich aus, der Puls war kaum zu fühlen. In dem elenden Zustande konnte fast kein Erfolg von einer Behandlung erwartet werden. Indess blieb doch nichts übrig, als die Amputation des Unterschenkels zu versuchen.

10. Mai. Die Amputation wurde unmittelbar unterhalb des Kniees gemacht. Der Verlauf war in Bezug auf die Wunde günstig, indess traten unstillbare Diarrhoeen ein, welche den noch kaum aufflackernden Lebenskeim völlig auslöschten.

15. Mai. Temperatur 37,7. Wechsel des Verbandes. Die Wunde liegt schön aneinander, die Granulationen sehen sehr gut aus.

17. Mai. Heute zum ersten Male Fieber. Patient hat starke Diarrhoe, welche sich nicht stillen lässt. Wechsel des Verbandes, Wunde sieht gut aus, höchst wenig Eiter wird secernirt, Urin ist stark eiweishaltig.

23. Mai. Die Diarrhoe hat sich gar nicht stillen lassen. Amputationsstumpf ist ganz verheilt und spendet keinen Eiter mehr. Patient geht trotz Champagner und kräftiger Nahrung marastisch zu Grunde.

Section ergiebt Fettherz, Fettleber und Fettniere, allgemeine

Blutleere. Am Amputationsstumpfe ist absolut Nichts nachzuweisen, keine Spur von Eiter ist zu entdecken.

Ich schliesse hier noch die Krankengeschichte eines Falles an, welcher nur seines synonymen Namens halber zu den Unterschenkelgeschwüren gehört, ein „Mal perforant du pied.“

Dieser Fall hat noch in soweit sein besonderes Interesse, als auch hier, worauf in letzter Zeit häufiger aufmerksam gemacht worden ist, sich eine Anaesthesie der Hautnerven nachweisen liess; als ferner auch hier zwei Mal das Geschwür sich entwickelte aus einer allmälich entstandenen Verdickung der Epidermis. Wenn man anfangs die Epidermisplatte, welche immer mehr an Dicke zunahm und sich in der Peripherie langsam löste, abhob, so lag unter der liniendicken, runden Epidermisplatte, welche sich am Rande zuschärfte, ein röthlich dünnes Häutchen. In späterer Zeit war das dünne Häutchen verschwunden, und es lag ein oberflächliches Geschwürchen zu Tage. Dieses wurde an den Rändern sinuös, drang unter die umgebende Haut ein und vertiefte sich gleichzeitig immer mehr, bis es endlich den Knochen erreichte. Besonders schön konnte ich dies beobachten an dem auf dem I. r. Metatarsusköpfchen sich entwickelnden Geschwüre.

Als Patient der Amputatio sub talo des linken Beines halber das Bett hüten musste, bestand anfänglich nur eine Verdickung, welche gerade mit dem Centrum über dem Köpfchen des r. Metatarsus lag. Nach der kurzen Zeit von 14 Tagen bestand beim Abheben der Callösität ein Geschwür; dasselbe dehnte sich trotz der ruhigen Lage, trotz Behandlung mit feuchtwarmen Umschlägen, nachher mit Breiumschlägen, dann mit allen Sorten Salben etc. immer weiter aus, wurde am Ende sinuös und drang endlich in der Mitte bis auf den Knochen des Metatarsusköpfchen.

Die Untersuchung der Sensibilität ergiebt, dass nur die dicke Zehe anaesthetisch ist, während man am Fusse über das Abgestumpftsein der sensiblen Nerven noch streiten könnte.

Becker, Rudolf, 28 Jahre alt, Kaufmann aus Schwelm, 29. April 1875 aufgenommen mit Mal perforant du pied, 12. Juni 1875 geheilt entlassen.

Patient leidet seit Geburt an einem leichten Pes equinus. Die Zehen sind auf das Dorsum der Köpfchen der Metatarsal-

knochen gewichen, während sie in den Phalangeal-Gelenken stark flectirt sind. Der Fussrücken ist stark gewölbt, die Planta dem entsprechend concav.

1873 wurde wegen geschwürigem Prozesse am Ballen der rechten grossen Zehe die Quer-Amputation des Vorderfusses in der Mitte des Metatarsus von Geh. Rath Fischer gemacht. Nachher wurde die 2te Zehe des linken Fusses, welche ebenfalls exulcerirt war, exarticulirt.

Am 29. April 1875 wurde Patient von mir zum dritten Male operirt. Es wurde nämlich wegen eines Geschwüres, welches sich auf dem Rücken des vordern Endes des amputirten r. I. Metatarsalknochens entwickelt hatte, die Resection des I. Metatarsalstumpfes gemacht. Verband nach Thiersch. Die Wunde verheilte gut und konnte Patient am 12. Juni geheilt entlassen werden.

Die Heilung hatte keinen langen Bestand, Patient kehrte im Beginn des Jahres 1876 zurück und hatte wieder Geschwüre am vordern Ende des Amputationsstumpfes. Ich schlug ihm daher die Amputation und zwar sub talo vor.

Ich füge den Verlauf dieser Krankengeschichte ganz bei, wiewohl derselbe in seiner weitern Entwicklung in das Jahr 1876 fällt. Es wurde ein Steigbügelschnitt 1/2″ vor den Malleolen beiderseits auslaufend durch die Fusssohle gelegt, ausserdem durch einen bogenförmigen Schnitt ein kleiner vorderer Lappen gebildet. Hierauf drang ich von vorn in das Gelenk zwischen talus und calcaneus ein und schälte das os calcaneum von vorn und nachher von unten aus der Fersenkappe heraus.

Die Ausschälung machte einige Schwierigkeit, ich fügte daher zur Erleichterung der Operation dem obern Ende des äussern Ausläufers des Steigbügelschnittes nach hinten einen kleinen Querschnitt bei. Der Kopf des talus wurde nachträglich weggenommen und hierauf die Fersenkappe über die untere Fläche dieses Knochens geklappt und vorn mit dem andern Lappen vernäht.

Die Operation wurde natürlich ganz unter den oft gegebenen Vorsichtsmassregeln nach Thiersch gemacht und nach ihrer Vollendung durch die Höhle der Fersenkappe von einer Seite zur andern ein Bündel von Catgutfäden geführt.

Der Verlauf war ein sehr günstiger; Patient ist höchstens alle 10 Tage, häufig erst nach 14 Tagen verbunden worden. Patient konnte nachher auf dem Stumpfe sehr gut marschiren.

Carbunkel

kam ein Mal bei einem Manne an der äussern Seite des Oberschenkels, und 2 Mal bei Frauen auf den Nates zur Beobachtung. Die Behandlung bestand in sternförmiger Incision und in letzter Zeit in Ausschabung.

18 Abscesse

kamen zur Beobachtung, 12 bei Männern, 6 bei Frauen, ohne dass solche mit dem Knochen in Verbindung standen:

Zwei Mal am Oberschenkel, 1 Mal bei einem Manne und 1 Mal bei einer Frau, jedesmal nach Typhus;

2 Mal periarticulär am Knie;

8 Mal am Unterschenkel, und zwar 1 Mal entstanden durch eine Blutung nach Scorbut, 2 Mal durch einen gesprungenen Varix und 2 Mal nach Typhus; bei den übrigen ist das ursprüngliche Moment nicht hervorgehoben; und

6 Mal am Fusse; 5 Mal bei Männern, 2 Mal nach Phlegmone, 3 Mal nach Trauma; bei Frauen 1 Mal post Pyaemiam puerperalem. Dieser Fall endigte tödtlich.

Die Abscesse wurden stets nach Thiersch eröffnet und meist ausgelöffelt.

Paffrath, Franziska, 25 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen am 29. September 1875, starb an Pyaemie.

Patientin wurde aufgenommen mit einem pyaemischen Wadenabscesse.

Phlegmone

kam 7 Mal zur Beobachtung, 5 Mal bei Männern, 2 Mal am Fusse, 3 Mal am Unterschenkel, — und 2 Mal bei Weibern.

Septische Phlegmone

wurde 2 Mal beobachtet und zwar bei Weibern; selbige fanden schon ihre Erwähnung im allgemeinen Theile: Brabender,

Maria; es gesellte sich hier die septische Phlegmone zu einer Elephantiasis, und Frau Rehfeld.

Phlebitis spontanea

kam 1 Mal bei einer schwangeren Frau zur Beobachtung. Das ganze Gebiet der Vena saph. magna war entzündet und mit festen Coagulis ausgefüllt; indess kam es nirgends zur Eiterung.

Bursitis praepatellaris

ist 12 Mal verzeichnet, 11 Mal bei Männern, 1 Mal bei 1 Weibe. Behandlung war stets dieselbe, ausgiebige Kreuz-Incision, Verband nach Thiersch. Der Verlauf war ein günstiger, mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo die Bursitis praepatell. zu einer septischen Phlegmone führte und dort (Frau Rehfeld) schon zur Sprache kam.

In einem andern Falle hatte die Entzündung den nämlichen Character angenommen und drohte den gleichen Ausgang zu nehmen, wie im obigen Falle.

Holzhausen, Arnold, 23 Jahre alt, Hütmacher aus Heckling, wurde am 26. April 1875 aufgenommen mit einer Bursitis praepatell. In der Wade zeigt sich ebenfalls eine röthliche schmerzhafte Anschwellung. Der ganze Unterschenkel ist stark geschwollen und gespannt. Das Fieber ist anhaltend sehr hoch, 40—41° Abends. Die Kräfte des sonst starken, jungen Mannes schwinden rasch. Zunge ist trocken.

Es wird zuerst die Bursa praepetell. durch einen Kreuzschnitt geöffnet, dann die Abscesse in der Wade, welche in der ganzen Länge des Unterschenkels sich an der hintern Seite hinter der Tibia ausdehnen, durch grosse lange Incisionen. Aus den Abscessen entleert sich eine stinkende Jauche und grosse Fetzen von necrotischen Fascien.

An der vordern Seite des Oberschenkels müssen ebenfalls zwei mehrere Zoll lange Incisionen durch die phlegmonös entzündete Haut gemacht werden, theils um kleinere in der Haut liegende Eiterdepots aus der speckig infiltrirten Haut zu entleeren, theils um eine Verbindung mit dem Wadenabscesse herzustellen.

Während der Operation trat sehr oft an mich die Frage

der Amputation heran, indess entschloss ich mich trotz der Prostration der Kräfte zur conservativen Behandlung in Anbetracht des jugendlichen, widerstandsfähigen Alters.

In der ersten Zeit war das Fieber noch stets sehr hoch, erst nach Verlauf von 4 Wochen begann Patient, nachdem sich massenhaft necrotische Fascien entleert hatten, allmälich sich zu erholen.

23. Februar 1876 wurde derselbe geheilt entlassen.

Es ist eine Beobachtung, welche ich regelmässig bei dem Kreuzschnitte durch die Bursa praepetell. gemacht habe, dass die Heilung der durch das Klaffen der Ränder entstehenden Wunde stets länger auf sich warten lässt. In diesem Falle dauerte sie besonders lange durch den Stillstand, welchen dieselbe machte während eines zweimalig auftretenden Erysipels.

Die lange Heilungsdauer des Kreuzschnittes dürfte Einen vielleicht bestimmen, in Zukunft nur einen Längsschnitt zu machen und die Cavität mit einem scharfen Löffel auszuschaben. Die nicht ohne Grund gefürchtete Entzündung der Bursa praepatellaris, überhaupt aller Bursae, — wie ich auch in diesem Jahre zwei Mal bei Entzündungen der bursa olecrani post trauma, ein Mal im Hospital und ein Mal in der Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte, — hat wohl ihre Begründung in ihrer Neigung, zu heftigen phlegmonösen Entzündungen der Umgebung zu führen. In allen 4 Fällen von Bursitis gesellte sich eine stürmisch verlaufende Phlegmone des Unterschenkels resp. des Vorderarmes hinzu und drohte jedesmal einen septischen Character anzunehmen. In einem Falle erlag die betroffene Frau der Septicaemie, in den 3 andern Fällen gelang es, durch ausgiebige entspannende Schnitte, durch eine ausgedehnte Eröffnung der Abscesse, der Phlegmone Halt zu gebieten. Diese Beobachtung hat mich bisheran bestimmt, jedesmal einen Kreuzschnitt anzulegen, um dem Eiter möglichst freien Abfluss zu verschaffen; in Zukunft würde ich indess mit einem ausgiebigen Längsschnitt und Auslöffelung auszukommen versuchen in der Erwartung, dass durch die Ausräumung der Synovialis der Bursa die Eiterung in Schranken gehalten werde.

Bubo inguinalis

kam 17 Mal zur Beobachtung, 14 Mal bei Männern und 3 Mal

bei Weibern. Die Behandlung war stets die nämliche, Spaltung und Auslöfflung. Vide Capitel über den scharfen Löffel.

Periostitis gummosa tibiae

wurde 3 Mal beobachtet, 1 Mal bei einem Manne, 2 Mal bei Weibern.

Behandlung: Schwitzkur, zwei Mal machte Aufbruch derselben die Ausschabung nöthig.

Osteomyelitis centralis

des untern Endes des Femur kam 1 Mal zur Beobachtung in der Ambulanz.

X., Patient, 21 Jahre alt, aus Cöln, consultirte mich im Anfange des Jahres 1875 wegen einer bedeutenden Auftreibung des untern Endes des Femur. Der Knochen war wenigstens um das Vierfache aufgetrieben. Anamnestisch war nichts Bestimmtes zu eruiren. Das Leiden hatte vor ½ Jahre unter geringen Schmerzen begonnen mit Fieber, trockener Zunge, Kopfschmerz etc. Patient litt damals indess auch gleichzeitig an einem Blutgeschwür und glaubte, das Fieber mit dieser Affection in Verbindung bringen zu müssen. Der Verlauf war von da ab ein ganz gleichmässiger. Patient spürte sehr wenig Schmerzen, es stellte sich eine Verdickung des rechten Oberschenkels am untern Ende ein, welche allmälich sowohl in der Länge als in der Circumferenz zunahm.

Der untere Theil des Femur ist besonders oberhalb des Kniees colossal verdickt. Die Verdickung nimmt nach oben allmälich ab und hört auf im Uebergangstheile des mittlern zum obern Drittel. Die Oberfläche ist ziemlich glatt und zeigt wenig Unebenheiten. Die Consistenz ist eine knöcherne. Der Fall gleicht einem gleich zu erwähnenden Falle von centralem Sarcome des Oberschenkels an der nämlichen Stelle, wie ein Ei dem andern, und trotzdem erwies sich ersterer als centrale Osteomyelitis und letzterer wahrscheinlich als centrales Osteosarcom.

Der Beginn mit einer acuten fieberhaften Krankheit bestimmte mich, dem Patienten eine relativ günstige Prognosis zu stellen, und demgemäss auch meine Ordination zu treffen. Patient musste das Bett hüten, Jodtinctur einpinseln und innerlich Jodkalium nehmen.

Die Geschwulst hat allmälich in einem halben Jahre noch etwas an Umfang zugenommen und brach endlich an der Aussenseite auf. Es entleert sich seit der Zeit wenig Eiter aus der bestehenden Fistel.

Ich schliesse hier den Fall an, auf den ich eben hindeudete, welcher der anatomischen Beschaffenheit halber eigentlich erst später folgen sollte, doch wegen seiner Aehnlichkeit mit dem vorangehenden hier angezogen wird; zudem ist die Diagnosis noch nicht über allen Zweifel erhaben, so dass ich ihn um so weniger vom vorhergehenden trennen möchte.

Foerg, Carl, 13 Jahre alt, aus Cöln, 22. September 1875 aufgenommen, 6. October entlassen. Vor ungefähr 3 Monaten spürte Patient ohne Grund plötzlich Schmerzen beim Gehen und Stehen, die Schmerzen steigerten sich oft besonders bei langem Stehen zu einer unerträglichen Intensität, gleichzeitig bemerkte er eine ziemlich grosse Anschwellung des Oberschenkels. Die Anschwellung nahm allmälich zu, die Schmerzen waren zeitweise gering, zeitweise sehr stark.

Status praesens. Die Anschwellung nimmt den untern Theil des Femur ein, hat eine glatte Oberfläche, ist auf Druck ziemlich schmerzhaft. Die Anschwellung ist am stärksten unmittelbar oberhalb des Kniees und nimmt nach oben, bis zur Mitte des Oberschenkels, allmälich ab.

Diagnosis dubia.

Eine Probe-Punktion entleerte Nichts als Blut. Letzteres, sowie die Abwesenheit jedes fieberhaften Zustandes liessen mich zur Diagnosis eines centralen Sarcoms hinneigen. Ich suchte daher den Patienten zu bestimmen, mir zu erlauben, von der äussern Seite her den Femur zu trepaniren, und mir plein pouvoir zu geben, je nach dem Befunde zu handeln. War es eine centrale Osteomyelitis, so konnte ich die Höhle auslöffeln und vielleicht die äussere Schale abtragen, war es ein begrenztes Sarcom, so konnte ich dasselbe enucleiren, war es diffus auf den Knochen übergegangen, so war die Amputation nöthig. Der Consens wurde hierzu verweigert, und Patient verliess auf seinen Wunsch das Hospital. Ueber den fernern Verlauf ist mir Nichts bekannt.

Gelenkentzündungen.

Coxitis kam 26 Mal, 16 Mal bei Männern, 10 Mal bei Weibern zur Beobachtung.

Dieselbe wurde immer mittelst Extension behandelt, so lange nicht durch grosse Abscesse und starke Eiterung das Leben des Patienten gefährdet ward. So viel Rühmliches auch von der Volkmann'schen Extension mit Recht gesagt wird, so kann ich dies doch nicht so allgemein unterschreiben. Es ist nicht zu leugnen, dass bei stationären Hospitalkranken oder bei Patienten, welche unbedingtes Vertrauen auf ihren behandelnden Arzt setzen, bei grosser Geduld, seitens des Arztes, seitens des Patienten und dessen Angehörigen, in frischen Fällen sehr viel mit der permanenten Extension zu erreichen ist. Es gelingt auch zuweilen noch bei veralteten Fällen, sogar bei solchen, wo grosse Eiteransammlungen bestehen, durch die permanente Extension mittelst hohen Gewichtes von 20—30 Pfd. den Zustand bedeutend zu bessern, selbst Eiteransammlungen wieder zur Resorption zu bringen, indess ist's nicht zu leugnen, dass die Behandlung eine höchst langwierige, oft Jahre dauernde ist. Im hiesigen Hospitale befindet sich eine ganze Schaar solcher Kinder, welche Jahr aus Jahr ein hier ihre Heilung abwarten, wenn sie nicht unterdessen an Tuberculosis oder Nephritis zu Grunde gehen. Hat die Coxitis grosse Abscesse zur Folge, oder entleert dieselbe durch Fisteln täglich bedeutende Quantitäten Eiter, so ziehe ich es vor, die Resection zu machen. Wenn die Erfolge der mit Extension Behandelten im hiesigen Hospitale nicht sehr günstige sind, so beruht dies wohl darauf, dass die Meisten ausserhalb im frischen Stadium behandelt und zum Theil wohl geheilt werden, während die bereits weit vorgeschrittenen Fälle erst im Hospitale Hülfe suchen.

Von den 26 Fällen sind 9 zur Resection gekommen. Die übrigen sind noch mit Ausnahme von 8 in ständiger Behandlung; 5 sind entlassen mit der Signatur geheilt; wie weit aber dieser Bezeichnung zu trauen ist, will ich nicht weiter erörtern, es soll nur besagen, zur Zeit geheilt. Einer derselben, welcher als geheilt im Anfange des Jahres 1875 entlassen wnrde, kehrte am Ende des Jahres wieder, kam zur Resection und starb. Vide

Keller. Zwei, Knauf und Wiedemann sind als fast geheilt entlassen worden. Von den 12, welche noch augenblicklich im Hospital behandelt werden sind nur 5 als gebessert zu betrachten, während alle übrigen ihre Heilung noch in unbestimmter Ferne erwarten dürfen.

Die Fälle kamen nur zur Resection dort, wo Abscesse schon nach aussen aufgebrochen, wo die Eiterung das Leben des betroffenen Kranken gefährdete, und betrafen stets Patienten, welche, schon seit Jahren mit ihrem Leiden behaftet, sehr herunter gekommen waren, und bei denen die Resection die ultima ratio zur Conservirung des Lebens war.

Von den 9 Resecirten starben 5, einer am ersten Tage nach der Operation und zwar in Folge von Anämie. Patient hatte während der Operation sehr wenig Blut verloren, indess trat eine leichte parenchymatöse Nachblutung post operationem ein, welche trotz ihrer Geringfügigkeit gross genug war, 12 Stunden nach vollendeter Operation den Lebensfaden abzuschneiden. Das Kind war äusserst schwach, und durfte mit Sicherheit, auch ohne Operation, innerhalb kurzer Zeit der Tod erwartet werden. Patient war seit drei Jahren dauernd im Hospital und hatte täglich viel Eiter verloren; der Urin war sehr eiweisshaltig.

1. Strung, Jac., 4 Jahre alt, aus Cöln, mit Coxitis sin. am 16. Juli 1872 aufgenommen, resecirt am 3. Februar 1875, gestorben am 4. Februar 1875.

2. Im zweiten Falle war die Resection ebenfalls das ultimum refugium. Das Leiden bestand schon seit 4 Jahren; Patient war mehrmals, seit 6 Monaten dauernd im Hospitale.

Möllmann, J., 15 Jahre alt, aus Ascheberg, am 27. October 1874 aufgenommen, am 28. April 1875 gestorben.

Vier Monate wurde Patient mit permanenter Extension behandelt, es entwickelte sich trotzdem allmälich ein Abscess an der Aussenseite des Oberschenkels, welcher am 13. Februar 1875 unter Lister punctirt wurde. Das Leiden schritt trotz mehrmaliger Punction unaufhaltsam weiter. Zuletzt machte ich am 13. Februar, weil der Trochanter major besonders schmerzhaft war, und weil man mit der Sonde auf denselben stiess, die Ausschabung des Trochanter.

Am 15. März erkrankte Patient an Scharlach und kam dabei sehr herunter; es entwickelte sich ein starker Decubitus.

30. März. Die Wunde sieht gut aus, die Eiterung ist indess profus, es muss eines Abscesses an der vordern Fläche des Oberschenkels halber eine Incision gemacht werden, worauf sich viel Eiter entleert.

Patient ist ausserordentlich heruntergekommen, hustet viel, ohne dass objectiv eine Veränderung in der Lunge nachzuweisen ist.

Am 19. April. Patient fiebert dauernd stark und ist zum Skelet abgelagert. Urin ist eiweisshaltig. Als ultima ratio wird die Resection des Kopfes und des Trochanter und die Abschabung der Pfanne gemacht.

Am 28. April. Tod an Pyaemie.

Section: Fettleber und Fettniere.

3. Der 3. von den tödtlich verlaufenen Fällen war früher schon geheilt entlassen worden, am 4. Juni 1875, nachdem er 1½ Jahr mit Coxitis im Hospitale gelegen hatte.

Am 9. November wurde Patient wieder aufgenommen mit eitriger Coxitis. Der Fall war in Bezug auf die Kräfte des Kindes ziemlich günstig zu nennen.

Keiler, Jacob, 7 Jahre alt, aus Cöln, am 7. November 1875 aufgenommen, am 9. November operirt, am 10. December exitus letalis durch Pyaemie.

Ich machte in diesem Falle den Fehler, nur den Kopf im Halse abzusägen.

Behandlung mit Benzoë.

In der Nachbehandlung zeigte sich, wie bei jedem Wechsel des Verbandes der Trochanter major in der Wunde herumwühlte. Patient starb an Pyaemie. Vide Pyaemie.

4. Franzen, Gertrud, 7 Jahre alt, aus Cöln, am 9. Juni aufgenommen mit Coxitis purulenta sin.

Das Leiden besteht schon seit 3 Jahren, seit 1½ Jahr entleeren mehrere Fisteln reichlich Eiter. Das Kind ist höchst schwach und heruntergekommen. Urin enthält Albumin.

Am 12. September Resection des Kopfes sammt Trochanter und Abschabung der Gelenkpfanne. Verband nach Thiersch. Der Verlauf war gut, die Wunde heilte indess nicht zu, die Eiterung blieb profuse.

Am 12. November, 2 Monate nach der Resection, wird nochmals ein cariöses Stück des Femurschaftes entfernt.

Hierauf trat eine Besserung ein, der Albumin-Gehalt des Urins wurde geringer. Die Wunde schliesst sich mehr.

10. December. Die Wunde ist in letzter Zeit stehen geblieben, die Eiterung hat wieder zugenommen, der Albumingehalt des Urines ist wieder grösser geworden, das Kind wird zusehends schwächer.

Das Kind stirbt an Adynamie.

5. Der 5. Resecirte starb plötzlich.

Nizet, Jos., 30 Jahre alt aus Cöln, wurde aufgenommen am 13. Juli 1875 mit Coxitis und einem colossalen Abscesse an der Innenseite des Oberschenkels. Die Behandlung bestand anfänglich in Bepinselung mit Jodtinctur und Extension. Der Abscess wurde immer grösser, Patient war sehr schwach, schwitzte viel und hustete. Es wurde drei Mal, am 19. August, am 20. August und am 21. August Eiter entleert. Indess ebenso rasch, wie er entleert wurde, sammelte er sich auch wieder unter sichtlichem Verluste der Kräfte seitens des Patienten an.

28. August machte ich die Resection, indem ich diese als die einzige, wenn auch schwache Hoffnung zur Rettung des Lebens des Patienten ansah.

Die Aussichten waren höchst gering, indem Patient zu sehr heruntergekommen war und ausserdem ein zu hohes Alter hatte; indess soviel war auch klar, dass ohne Operation bei der starken Eiterung, bei dem Darniederliegen aller Kräfte, bei der bestehenden Abmagerung der Tod in kürzester Zeit zu gewärtigen war.

Bei der Resection wurde Kopf nebst Trochanter entfernt, die Pfanne abgekratzt. Der Kopf war ganz platt abgeschliffen. Verband mit Benzoëwatte.

Der Verlauf war ein äusserst günstiger. Patient ist vom Beginn ab höchstens alle acht Tage verbunden worden.

4. Februar 1876. Es besteht noch eine Fistel in der Leiste und eine hinter dem Gelenke, welche beide indess sehr wenig Eiter spenden.

Die Eiterung dauerte an; ich kam mit der Sonde auf rauhen Knochen und entfernte einen necrot. Splitter von dem

obern Ende des Femurschaftes. Patient ertrug dies sehr gut, es trat gar kein Fieber ein.

28. März fiel Patient plötzlich in der Unterhaltung begriffen zusammen und war todt.

Section hat absolut Nichts nachgewiesen.

6. Essing, Johann, 9 Jahre alt, aufgenommen am 27. November 1874, litt seit 5 Jahren an einer linksseitigen Hüftgelenkentzündung. Die Secretion war eine sehr reichliche, Patient war äusserst schwach und heruntergekommen. Ich schlug daher als einziges Mittel die Resection vor.

20. Februar. Es wurde der Kopf und der Trochanter entfernt. Behandlung nach Lister.

Der Verlauf war ein günstiger, Patient wurde täglich zweimal verbunden, und nach 6 Wochen war die ganze Wunde verheilt.

3 Monate nach der Operation ging Patient mit erhöhtem Absatze herum. Die Gebrauchsfähigkeit des Beines ist eine durchaus gute. Der Knabe hat sich erholt und sieht blühend aus.

7. Kippes, Michael, 7 Jahre alt, aus Tischel, seit dem 16. September 1874 im Hospital.

Das rechte Hüftgelenk eitert sehr stark. Abends fiebert Patient in der letzten Zeit stets und hat sehr an Kräften verloren. Im linken Kniegelenk besteht ein eitriger Erguss.

Am 16. März 1875 Resection des Kopfes bis 1½ Zoll unterhalb der Spitze des Trochanter major. Der Kopf war stark cariös. Verband nach Lister.

Am 12. September geheilt entlassen, die Verkürzung beträgt wenigstens 1½″. Es besteht noch eine kleine Fistel. Der Erguss im linken Kniegelenk ist während der Behandlung ganz verschwunden. Patient kann sich gut auf das resecirte Bein stützen.

Am 10. Juni 1876 hat Patient sich nochmals vorgestellt, er konnte mittelst Stock sehr gut marschiren. Das linke Kniegelenk ist beweglich und frei von Exsudat.

8. Heuser, Catharina, 7 Jahre alt, aus Cöln, am 16. April 1874 aufgenommen. Links besteht eine Coxitis mit einem grossen Abscesse, welcher sich noch nicht geöffnet hat. Rechts spenden zwei Fisteln täglich grosse Quantitäten Eiter. Das Kind ist sehr heruntergekommen, anaemisch, blass, hüstelt.

Objectiv ist in den Lungen Nichts nachzuweisen.

Am 15. August 1875 Resection des Kopfes und eines $1\frac{1}{2}$ Zoll langen Stückes vom Schafte unterhalb des grossen Trochanters rechterseits. Ausserdem musste der Femur in grosser Ausdehnung ausgelöffelt werden, so dass nur noch die Rinde stehen blieb.

Das Kind war trotz des sehr geringen Blutverlustes nach der Operation so schwach, dass ich den Tod befürchtete.

Bei Resectionen, bei denen meist in entzündlichen Theilen operirt wird, muss in den ersten Tagen nach der Operation der Verband häufiger erneuert werden, ein seltener Verbandwechsel tritt nur bei den Operationen ein, bei welchen man ganz im Gesunden operirt, wie z. B. bei Amputationen. Indess tritt auch bei Resectionen nach einigen Tagen die Nothwendigkeit des Verbandwechsels immer seltener ein.

Auch ist bei solchen Operationen, bei Resectionen, überhaupt bei Operationen im entzündeten Gewebe, das Fieber anfänglich höher. Beides ist wohl bedingt durch die Retention des von dem entzündeten Gewebe gelieferten Secretes.

Anfänglich musste auch in diesem Falle täglich verbunden werden, nachher alle 2—3 Tage und zuletzt alle 8 Tage.

Am 19. Februar 1876 wurde nochmals ein Splitter entfernt.

1. März. Das Kind ist augenblicklich noch im Hospitale, die Eiterung ist eine höchst geringe, es besteht nur eine kleine Fistel. Das Mädchen hat sich erholt und blüht auf.

Ich kann hier aus dem Jahre 1876 noch nachtragen, dass der Abscess im linken Hüftgelenke immer grösser geworden ist, und dass ich zuletzt gezwungen war, auch links noch die Resection zu machen.

Der Verlauf war auch hierbei ein günstiger, und dürfte die Heilung nach der doppelseitigen Resection mit Sicherheit zu gewärtigen sein.

29. August. Ich kann hier noch in Parenthesis erwähnen, dass Patientin schon auf zwei Krücken herumgehen kann.

9. Hembsch, Heinrich, 13 Jahre alt, aus Kendenich, aufgenommen am 22. Jannar 1875.

Seit $1\frac{1}{2}$ Jahr leidet Patient an Hüftgelenkentzündung. Die linke Hüfte und ein Drittel des Oberschenkels ist colossal aufge-

trieben, aus einer Fistel in der Mitte des Oberschenkels entleert sich viel Eiter; der Urin enthält reichlich Eiweiss.

26. Februar 1875. Nachdem 1 Monat die permanente Extension angewandt worden ist, und sich in dem Befinden des äusserst geschwächten Patienten keine Besserung eingestellt hat, so wird die Resection gemacht. Dieselbe gibt zwar wenig Aussicht auf Besserung, indess ist sie das einzig mögliche Rettungsmittel.

Der ganze Kopf mit dem Trochanter wird entfernt. Nach-Behandlung nach Lister.

Die Operation rief fast keine Reaction hervor. Der Wundverlauf war ein günstiger, es verkleinerte sich anfänglich die Wunde rapide, um nachher wieder plötzlich stehen zu bleiben. Der Albumingehalt des Urins, welcher bis auf ein Minimum, indess nie ganz, trotz Verabfolgung von Jodkalium geschwunden war, wurde nachher wieder grösser. Patient, welcher sich anfänglich sichtlich erholte, wurde immer blasser.

Am 4. December entfernte ich ein 1½″ langes Stück des zurückgebliebenen porösen Femurschaftes mit Ausnahme der innern Wand derselben, welche recht hart und mit dem Becken fest verbunden war. Die ganze Wundhöhle wurde mit dem scharfen Löffel gehörig ausgeschabt. Auch jetzt trat wieder eine sichtliche Besserung des ganzen Zustandes ein, der Albumingehalt des Urins wurde wieder geringer. 14. März. 1876. Patient ist schwach. Der Urin enthält grosse Mengen Albumin, und wird voraussichtlich Exitus letalis innerhalb einiger Monate eintreten.

Mithin sind bei 10 Resectionen, welche an 9 Individuen vorgenommen wurden, 5 Gelenke ausgeheilt, während 5 Patienten starben; von diesen 5 starb Einer an Anaemie am Tage der Operation, zwei starben an Pyaemie.

Bei zwei Fällen trat Tod ein ohne Resection.

Ein Fall von doppelseitiger Coxitis endigte tödtlich in Folge von amyloider Entartung der Milz und Nieren.

Necodem, Johanna, 25 Jahre alt, aus Duisburg.

Seit dem 9. Jahre leidet Patientin an linksseitiger Coxitis, die nach einem Jahre in Eiterung überging und sich öffnete. Seit dieser Zeit ist auch das rechte Hüftgelenk afficirt.

Behandlung permanente Extension an jedem Beine.

Die Eiterung nahm immer mehr zu, und der Albumingehalt des Urins stieg immer mehr.

Patientin ist äusserst schwach und bleich, die Eiterung profus. Bei der Aufnahme schlug ich der Patientin als das einzige Mittel zur Rettung des Lebens die Resection des linken offenen, eiternden Hüftgelenkes vor, ihr betonend, dass ohne Operation ganz bestimmt innerhalb kurzer Zeit der exitus letalis eintreten würde.

Die Operation wurde trotzdem verweigert.

Obschon Patientin bei der Aufnahme schon so schwach war, zog sich der Zustand derselben noch 9 Monate in die Länge, ehe er endlich am 10. Mai 1875 zu einem tödtlichen Ausgange führte.

Ein zweiter Fall von eitriger Hüftgelenkentzündung endigte innerhalb 3 Wochen tödtlich.

Das Kind Pier Paul, 1¼ Jahr alt, aus Cöln, 12. December 1875 aufgenommen mit einem colossalen Abscesse in der r. Hüftgelenkgegend.

Das Bein stand flectirt adducirt, und rotirt nach innen. Der Abscess nahm die ganze Gegend des rechten Trochanter und des obern Drittels des Oberschenkels ein. Das Kind war sehr schwach, fieberte stark.

Mittelst einer Incision wurde eine Unmasse Eiter entleert (½ Liter mindestens). Es wurden Drainagerohre eingeführt. Das Ganze geschah unter den antiseptischen Vorsichtsmassregeln. Verband nach Thiersch.

Nach 7 Tagen trat der Tod ein.

Kniegelenkentzündung

ist 50 Mal, 30 Mal bei Männern und 20 Mal bei Weibern zur Beobachtung gekommen.

Die Behandlung derselben war die übliche mit permanenter Extension. Bei frischen Entzündungen wurde neben der Extension eine Eisblase aufgelegt, bei schon länger bestehenden, Bepinselung mit Jodtinctur vorgenommen.

In 4 Fällen habe ich, nachdem alle Mittel versagten, Injectionen von Carbolsäure gemacht. Bei dreien davon machte ich die Beobachtung, dass der bestehende Schmerz anfänglich nachliess; indess nachher stellte derselbe sich wieder ein, und der entzündliche Process war eher gesteigert als gemindert, so dass ich bei zweien zur Amputation des Oberschenkels schreiten musste, bei den zwei andern die Amputation vorgeschlagen habe, ohne bis jetzt den Consens erhalten zu können.

Wenn gleichzeitig eine Contractur der Kniegelenke besteht, so wird anfänglich die permanente Extension gemacht, und nachher in der Chloroformnarcose die forcirte Streckung vorgenommen. Diese wurde in 10 Fällen ausgeführt. Gleich nachher wurde dann ein Gipsverband angelegt.

Bei fünf Personen musste nachher die Amputation gemacht werden und zwar bei 4 Männern und 1 Weibe, und bei einem Mädchen habe ich die Resection gemacht.

Bei fünf ward die Amputatio femoris nöthig und zwar 4 Mal bei Männern, 1 Mal bei einem Mädchen. Von diesen fünf starb ein Einziger und dieser an Schwäche.

1. Schaettling, Joseph, 47 Jahre alt, Anstreicher aus Cöln, aufgenommen am 5. Juli 1874, 14. December 1875 geheilt entlassen.

Patient litt seit dem Jahre 1870 an Kniegelenkentzündung, nach einem halben Jahre schon brach das Gelenk auf und entleerte lange Zeit viel Eiter.

Patient war jedes Jahr Monate lang im Hospital und ist jetzt dauernd dort seit dem 5. Juli 1874. Alle denkbaren Methoden der Behandlung sind versucht worden, indess das Gelenk wurde immer dicker und schmerzhafter. Zuletzt machte ich den Versuch mit den Carbolinjectionen. Die Schmerzhaftigkeit war in den ersten Tagen geringer, nachher aber schwoll das Knie stark an unter bedeutender Steigerung der Schmerzen.

23. Februar. Amput. femoris. Behandlung nach Lister. Der Verlauf war günstig, indess Heilung mit Fistelbildung.

14. December 1875. Nachdem sich ein necrotischer Splitter abgestossen hatte, wurde Patient geheilt mit künstlichem Beine entlassen.

2. Herzog, Anton, 54 Jahre alt, Tagelöhner.

3. April 1874 aufgenommen, 6. Mai 1875 Tod.

Patient litt schon seit 5 Jahren an Kniegelenkentzündung und war währenddess ein ständiger Besucher des Hospitals, seit Anfang 1874 aber ein ständiger Insasse desselben.

Es bestand eine eitrige Kniegelenkentzündung. Das Gelenk war gebeugt, die Condylen des Oberschenkels stark aufgetrieben. Ich schlug dem Patienten gleich die Amputation vor, indess verweigerte er dieselbe anfänglich, bis er sich am 8. Februar 1875 zur Vornahme derselben entschloss. Patient war äusserst schwach geworden, hatte in beiden Lungenspitzen eine Hepatisation mit bronchialem Athmungsgeräusche. Der Urin war albuminhaltig. Trotzdem dass Patient so heruntergekommen, glaubte ich doch, die Amputation noch versuchen zu können, indem dieselbe der einzige Anker der Hoffnung war.

Dieselbe wurde ziemlich hoch, in der Mitte des Femur, gemacht, indem der Knochen weit hinauf erkrankt war. Verband nach Lister.

Der Verlauf war anfänglich nicht gut, es stellte sich eine Fascienvereiterung ein, nachher indess reinigte sich der Stumpf, und blieb eine schöne Granulationsfläche übrig, welche sich immer mehr verkleinerte und sich fast ganz schloss. Indess hustete Patient immer mehr, es stellten sich profuse Diarrhoen und Oedem der unteren Extremitäten ein. Das Oedem stieg unaufhaltsam weiter. Patient wurde immer schwächer, es trat zuletzt noch ein Erysipel des Fusses, entstanden durch das Oedem desselben, hinzu, welches über den ganzen Körper wanderte und den Rest der Kräfte aufrieb.

Patient starb am 6. Mai 1875 an allgemeiner Schwäche.

Weiden, Leonard, 38 Jahre alt, aus Cöln, 3. März 1875 aufgenommen, 14. December geheilt entlassen.

Patient leidet seit dem Jahre 1869 an Kniegelenkentzündung. Die Entzündung fesselte ihn zeitweise an's Bett.

Im Jahre 1870 kam er in's Hospital und blieb 1 Jahr und 6 Wochen in demselben. Seit jener Zeit ging es dem Patienten leidlich, er humpelte auf Krücken herum bis Anfang 1873, wo wieder eine acute Entzündung eintrat, welche mit spontaner Eröffnung des Gelenkes endigte.

3. März. Die Eiterung ist sehr stark, und schlug ich Patienten die Resection vor, indess wollte er von seinem ihm das Leben verbitternden Leiden befreit sein und bat um die Amputation.

19. März. Die Amputation wurde im untern Drittel vorgenommen.

Behandlung nach Lister.

Es trat in diesem Falle gar kein Fieber ein.

14. December geheilt entlassen mit künstlichem Beine.

4. Pütz, Louise, 4 Jahre alt, aus Cöln, am 10. März 1875 aufgenommen. Kind litt schon seit zwei Jahren an Kniegelenkentzündung, seit 2 Monaten entleerte sich aus den bestehenden Fisteln viel Eiter. Patientin fieberte stark und war äusserst schwach geworden, so dass ich den Angehörigen als einziges Mittel zur Conservirung des Lebens die Amputation vorschlug.

Dieselbe wurde erst am 23. Mai permittirt.

Amputation im obern Drittel des Oberschenkels, indem das ganze untere Ende cariös zerfallen war.

Es wurde, wie stets am Oberschenkel, der zweizeitige Cirkelschnitt mit oberm und unterm Seitenschnitt gemacht. Das Periost wurde, wie immer, mit der anhaftenden Muskulatur abpräparirt und nachträglich über dem Knochenstumpfe vernäht.

Verband nach Thiersch.

Der Verlauf war ein sehr günstiger, der Verband wurde höchstens alle 8 Tage gewechselt.

Es trat keine Fistelbildung ein, wie überhaupt nur einmal bei den Amputationen eine Heilung mit Fistelbildung sich einstellte, und zwar in dem Falle, wo der Knochenstumpf nicht mit Periost überdeckt worden war.

12. November geheilt entlassen mit künstlichem Beine.

5. Schell, Friedrich, 22 Jahre alt, Kaufmann aus Cöln, am 15. October 1875 aufgenommen, Amputation, geheilt entlassen am 12. Februar 1876.

Patient leidet schon seit 2 Jahren ab und zu am rechten Beine.

Das Genaue dieses Falles vide „allgemeiner Theil.“

In einem Falle wurde die Resection gemacht.

Anna Maria Lüttgen, 31 Jahre alt, 29. December 1874 aufgenommen, Resection 24. Juli 1875, nachdem vorher vergeblich Carbolinjectionen versucht worden waren.

Behandlung nach Lister.

16. August 1875 gestorben an Pyaemie. Die Lister'sche Methode ward indess nicht correct durchgeführt. Vide sub Pyaemie.

Bei einem Patienten machte ich die Drainagirung des Gelenkes.

Schneider, Wilhelm, 7½ Jahr alt, aus Deutz, mit eiteriger Kniegelenkentzündung am 7. December 1875 aufgenommen.

Patient litt schon seit einem Jahre an rechtsseitiger Kniegelenkentzündung verbunden mit hohem Fieber.

24. December 1875 wurde die Drainagirung des Gelenkes gemacht.

Der Verlauf war anfänglich ein günstiger, indess nahm die Eiterung nicht ab, sondern eher zu. Patient verfiel ausserordentlich, so dass im Jahre 1876 die Kniegelenkresection gemacht werden musste, welche tödtlich endete und in dem Jahresberichte von 1876 seine Besprechung finden wird. Die Resection wurde jedoch vorgenommen, als des Patienten Kraft schon sehr verfallen, die Temperatur dauernd sehr hoch war, und Eitersenkungen nach allen Seiten hin bestanden.

Hydrops genu

kam 8 Mal, 7 Mal bei Männern und 1 Mal bei Weibern zur Beobachtung. Die Behandlung bestand hierbei stets in Bepinselung mit Jodtinctur und Compression; der Verlauf war immer in Bezug auf die augenblickliche Heilung ein günstiger.

Dem Patienten wurde stets als Nachkur das Tragen einer Kniekappe angeordnet.

Fussgelenkentzündungen

kamen 15 Mal zur Beobachtung, 6 Mal bei Männern, 9 Mal bei Frauen.

Die Behandlung bestand in Ruhestellung des Gelenkes durch Gipsverband entweder mit oder ohne Fensterbildung, um im ersten Fall gleichzeitig Jodtinctureinpinselungen machen zu können. In 8 Fällen reichte ich mit dieser Behandlungsmethode nicht aus, und musste ich in 5 Fällen die totale Resection des Fussgelenks, in zwei Fällen die totale Resection aller Knochen von der unteren Fläche der Tibia ab (letztere eingeschlossen) bis zur Mitte der Metatarsalknochen, in einem Falle die partielle Resection des untern Endes der Fibula nachschicken.

In letzter Zeit habe ich, in Parenthesis bemerkt, bei Fussgelenkentzündungen wie überhaupt bei allen Gelenkentzündungen, sobald die Entzündungserscheinungen verschwunden sind, als Nachkur einen Wasserglas-Verband mit mehreren Fenstern angelegt, um dadurch einestheils dem Gelenke die nöthige Stütze zu geben und ihm die Körperlast zum Theile abzunehmen, und anderntheils die aus der langen Ruhe nothwendig resultirende Steifigkeit zu verhindern. Wer sich für diesen Verband und seine Indication mehr interessirt, siehe: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, VII. B. 1—2 Heft, Keppler & Haffter, Wasserglas-Verband.

Der Verband bewährt sich zur Nachbehandlung bei abgelaufenen Gelenkentzündungen bei frisch geheilten Fracturen und ausgeheilten Resectionen; bei letzteren besonders, um, z. B. bei einer ausgedehnten Ellbogenresection, nach angelegtem Wasserglas-Verband Bewegungen in dem frisch verbundenen Gelenke ausführen zu lassen.

In allen Fällen bestand Fistelbildung mit einer lang dauernden und die Kräfte des Patienten aufreibenden Eiterung. Von diesen 8 starb ein Kind an Uraemie, während das Gelenk ganz fest und die Wunde geschlossen war; alle Uebrigen kamen durch. In zwei Fällen musste die Amputatio cruris nachgeschickt werden, einmal weil sich ein Schlottergelenk gebildet hatte, und Patient zur Amputation drängte; das zweite Mal, weil der Verlauf bei der ausgiebigen Resection aller Fusswurzelknochen sich sehr in die Länge zog und die Caries auf die Tibia weiter fortgeschritten war.

Vier sind geheilt ohne Fistel, eine ist mit Fistel entlassen worden, eine wird in nächster Zeit geheilt entlassen werden.

Beim 7. Falle wird, wenn auch nicht in der allernächsten, so doch in nicht zu ferner Zeit, die Heilung erwartet werden dürfen.

Es schliesst sich hieran noch als 8. Fall eine partielle Resection des Fussgelenkes, nämlich des untern Endes der Fibula, welche glücklich ablief.

Ich glaube wohl, dass dies Resultat die Frage der Zulässigkeit der Resection des Fussgelenks entschieden bejahend beantwortet, natürlich vorausgesetzt, dass die Resultate auch in Zukunft so bleiben; wenigstens halte ich mich berechtigt, auch fürderhin statt gleich zur Amputation überzugehen, vorher die Resection des Fussgelenkes vorzunehmen, resp. vorauszuschicken.

Die Resection wurde stets mit Anlegung von zwei grossen Seitenschnitten gemacht, welche über die Malleolen liefen, und wurde ganz besondere Aufmerksamkeit auf die Erhaltung des Periostes gelegt. Vor der Operation machte ich anfänglich eine Schönborn'sche Gipsflachsschiene an der vordern und hintern Seite der untern Extremität. Auf diese Weise glaubte ich das Gelenk am besten fixiren zu können; in letzter Zeit jedoch habe ich mich der Volkmann'schen Schiene mit Nutzen bedient.

Ein Kind starb an Uraemie.

1. Kremer, Catharina, 4 Jahre alt, aus Cöln, wurde am 1. Febr. 1875 aufgenommen mit Caries artic. pedis dext.; aus 3 Fistelöffnungen entleerte sich viel Eiter, die Sonde führte in's Gelenk und stiess auf necrotische Knochen.

Das Gelenk war in der ganzen Peripherie sehr aufgetrieben.

5. Februar 1875 Resection unter Lister.

Bei der Resection ergab sich, dass der Locus affectus hauptsächlich in der Epiphysenlinie lag. Indess war der Knorpelüberzug der Tibiafläche ebenfalls rauh. Wie ich denn, seitdem ich meine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt richte, fast stets die Epiphysenlinie als den Haupterkrankungsheerd in den resecirten Fällen erkannt habe.

Der Talus wurde nicht entfernt, nur ein 1½ cm. langes Stück vom untern Ende der Fibula und Tibia.

Verband nach Lister.

In den ersten zwei Tagen bestand etwas hohes Fieber, bis die Wunde sich gereinigt hatte, was innerhalb 8 Tagen statthatte.

30. März. 8 Wochen nach der Operation nachdem die Wunde sich schon bis zu zwei fistulösen Gängen geschlossen hatte, und das Gelenk fest geworden war, zeigte sich plötzlich an beiden Unterschenkeln Oedema, der Urin war eiweisshaltig.

6. April. Tod durch acute Nephritis.

Bei einer Resection bildete sich ein Schlottergelenk aus, und musste ich nachträglich auf das Drängen des Patienten hin die Amputation des Unterschenkels machen. Ich glaube ganz bestimmt, dass man bei einiger Geduld und durch Hervorrufung von Entzündung in dem geschlossenen Schlottergelenke, durch Eingehen mit galvanocaustischen Nadeln respective mit dünnem ferrum candens ein festes Gelenk erzielt haben würde. Indess verlor Patient die Geduld, zumal die Zeit der freien Behandlung für ihn, als Mitglied einer Krankenkasse, bald ablief und verlangte er stürmisch die Amputation, welche ich ihm nicht vorenthalten konnte.

2. Budde, Gerhard, 26 Jahre alt, Schriftsetzer aus Cöln, am 14. November 1874 aufgenommen.

Patient wurde früher im Hospitale an Plattfuss behandelt und erhielt dieserhalb eine Maschine.

Im Anfange des Jahres 1874 bemerkte er zuerst eine starke Anschwellung des rechten Fusses. Diese wurde immer grösser, das Gelenk schmerzte immer mehr und brach endlich auf.

Behandlung anfänglich mit Gipsverband, ohne jedoch eine Besserung zu erzielen, daher:

4. Februar 1875, Resection des Fussgelenkes. Der ganze Talus, die untere Fläche der Tibia und Fibula so wie die obere Fläche des Calcaneus wurden entfernt.

Behandlung nach Lister.

Verlauf war sehr günstig, indess es entwickelte sich ein Schlottergelenk und wurden dieserhalb mehreremals galvanocaustische Nadeln in das Schlottergelenk gesenkt, ohne dass das Gelenk an Festigkeit zunahm, so dass ich mich am 1. Januar 1876 zur Amputation nach Syme entschloss. Die untere Fläche der Tibia und der Fibula wurde nicht entfernt. Des Abschlusses

halber führe ich die Amputation, welche schon in das Jahr 1876 fällt, hier noch an.

Behandlung nach Thiersch.

Verlauf absolut fieberlos. Verbandwechsel findet alle 10—14 Tage statt.

3. Thoenessen, Helena, 4 Jahre alt, aus Cöln.

23. Januar 1875 aufgenommen mit einer Caries des rechten Fussgelenkes.

Behandlung Fussbäder und Ruhestellung.

28. Februar. Die Eiterung ist ziemlich stark, Urin ist eiweissfrei, das Kind wird immer hinfälliger, und fiebert dauernd.

2. März. Resection des Fussgelenkes, beide Gelenkenden der Tibia und Fibula wurden resecirt und der ganze Talus entfernt.

Behandlung nach Lister. Einlegung eines Drainagerohres.

9. Februar. Temperatur ist Abends stets hoch, Wunde reinigt sich. Während des Heilungsverlaufes übersteht Patientin eine Scarlatina.

19. März. Der Wundverlauf ist ein normaler, indess bekommt Patientin etwas Hydrops gleichzeitig mit dem andern resecirten Kinde Kremer. Das Zusammenfallen der Hydrops beider Kinder, welche neben einander lagen, erweckte damals in mir den begründeten Verdacht, dass es sich hier um einen Hydrops scarlatinosus handelte.

27. März. Die Wunde sieht sehr gut aus, das Kind fiebert nicht mehr; das Fussgelenk ist noch stark geschwollen.

10. December. Das Fussgelenk eitert noch ziemlich stark, noch einige cariös-necrotische Splitter ausgelöffelt.

April 1876. Die Eiterung hat abgenommen, das Gelenk ist dünner geworden und beweglich. Es besteht noch eine Fistel, die sehr wenig Eiter spendet.

Die Eiterung ist jetzt minimal, das Kind kann auftreten.

4. Meinolf, Elise, 17 Jahre alt, aus Rolinghausen, am 24. August 1875 aufgenommen mit rechtsseitiger chronicher Fussgelenkentzündung. Das Leiden datirt seit 2 Jahren und entstand nach einar Distorsion.

25. August. Resectio Tali und des untern Endes der Tibia und Fibula.

Verband nach Thiersch.

In der ersten Zeit, bis zum 13. November, wurde der Verband alle 3 Tage gewechselt, weil die Eiterung stark war und bei jedem Versuche, den Verband etwas seltener anzulegen, Temperaturerhöhung eintrat.

13. November. Da die Eiterung ziemlich profus war, so führte ich die Salicylberieselung ein; von da ab schwand das Fieber.

Am 27. November ging ich wieder zur trockenen Behandlung über. Der Verband wurde durchschnittlich alle 7—10 Tage gewechselt.

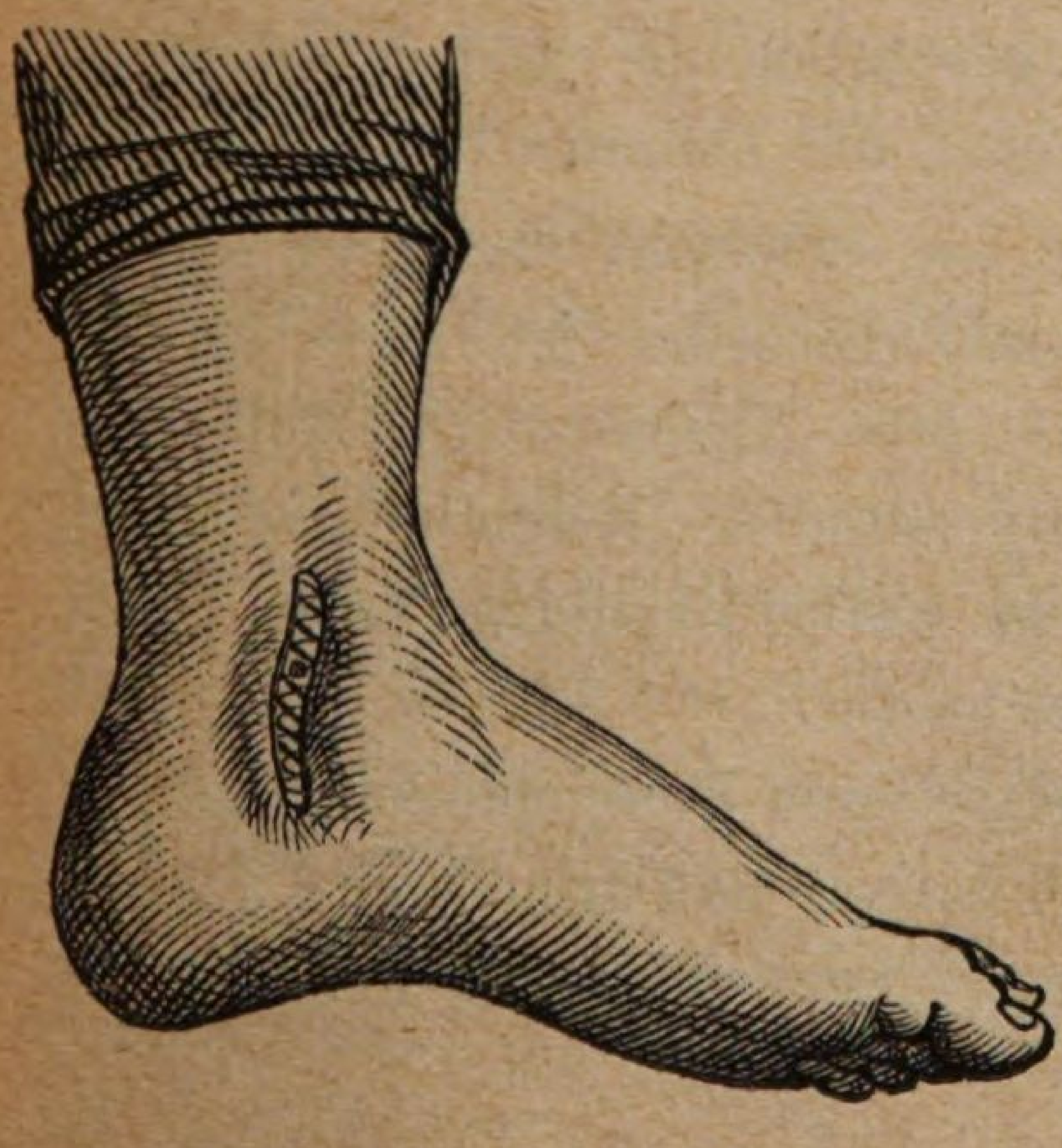
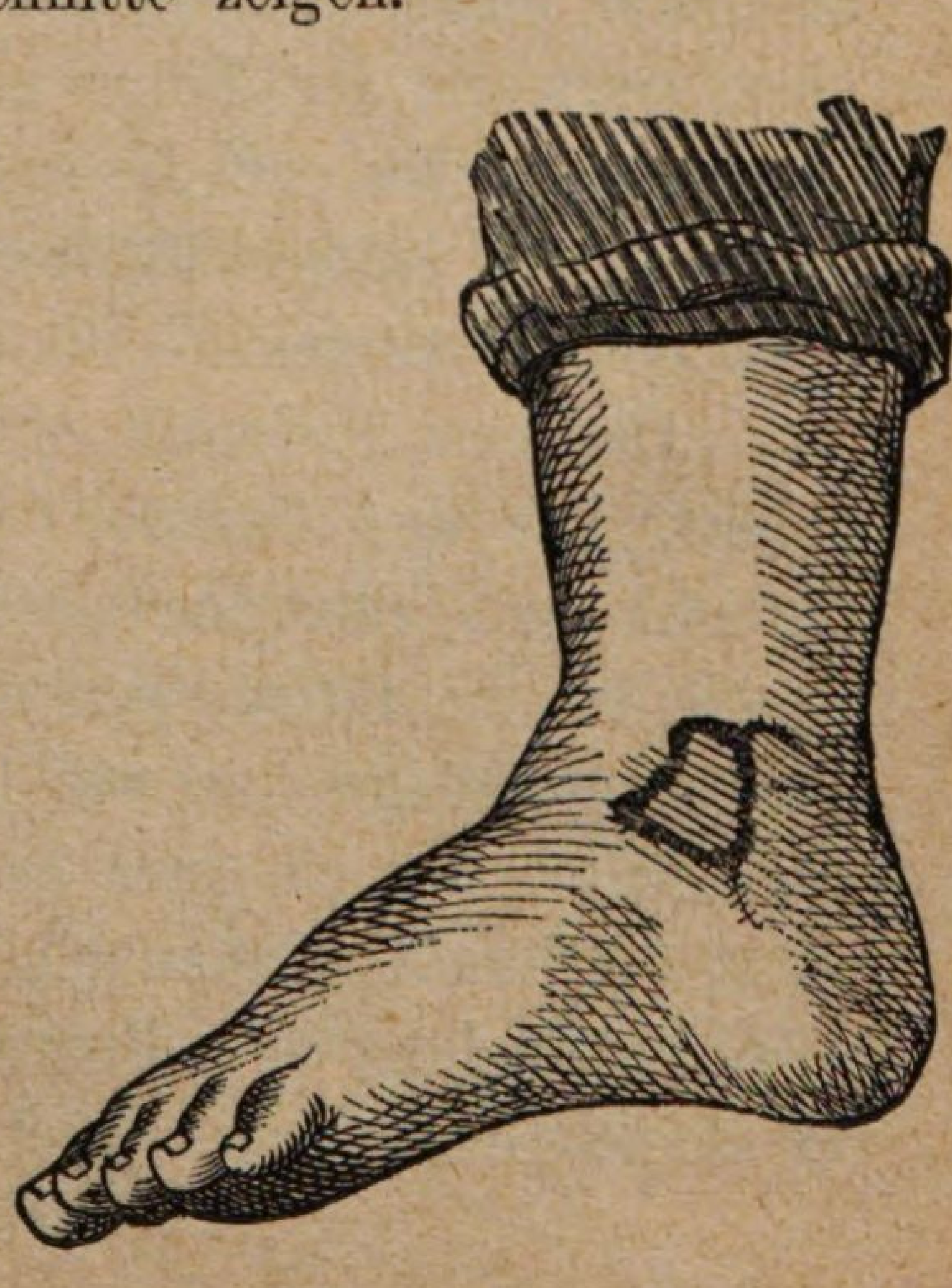
18. Januar. Es bestand noch immer eine ziemliche Eiterproduction, so dass ich genöthigt war, einzelne necrotische Splitter zu entfernen.

24. März. Die Eiterung ist jetzt sehr gering, es bestehen noch zwei wenig Eiter spendende Fisteln.

Das Gelenk ist ganz dünn und ordentlich beweglich, die Secretion ist höchst gering. Das Mädchen wird auf Verlangen entlassen; es kann das Bein fest gegen das untere Bettende andrücken.

5. Schiffer, Hermann, 24 Jahre alt, Tagelöhner aus Sievernich, wurde aufgenommen mit linksseitiger Fussgelenkentzündung, vide diesen Fall in seinem Verlaufe im allgemeinen Theile.

Bei der Entlassung war das Gelenk so dünn wie das andere wie beifolgende naturgetreue Holzschnitte zeigen.



Wenn Jemand das Gelenk ohne Vergleich mit dem andern sieht, so wird er ausser den seitlichen Incisions- und einzelnen Fistel-Narben nichts Absonderliches daran zu erkennen vermögen; er wird ein gewöhnliches Gelenk vor sich zu haben glauben, woran viele Narben sind. Das Gelenk zeigt absolut keine Verdickung.

Ich schliesse hieran zwei Fälle, welche nicht von Anfang an totale Fussgelenkresectionen waren, sich indess durch Nachoperationen in der Folge zu mehr, denn einfachen Resectionen des Fussgelenkes, zu Resectionen aller Knochen von der Tibia, inclus. deren unterer Fläche, bis zur Mitte der Metatarsal-Knochen hin gestalteten.

Die eine Patientin erwähne ich, wiewohl sie nicht hieher gehört, nur der Curiosität halber. Dieselbe ist auch in der Statistik mit verrechnet worden. Ich glaube diesen Fall hier einschalten zu dürfen, weil die vorgenommene Resection eine fast ebenso ausgiebige war wie in dem nächstfolgenden Falle. Das Endresultat war ein ganz ausgezeichnetes.

6. Frau X. litt an einer linksseitigen Fussgelenkentzündung resp. Entzündung aller Fusswurzelknochen und kam vor 4 Jahren in meine Behandlung. Die Fussgelenkgegend sowie die Gegend

der Fusswurzelknochen war aufgetrieben und sehr schmerzhaft; durch mehrere Fisteln gelangt man nach allen Richtungen hin auf necrotisch cariöse Knochen, in's Fussgelenk sowie in Gelenke der Fusswurzelknochen.

Ich hielt die Amputation für das einzige Mittel zur Rettung des Lebens, zumal Patientin sehr schwach war, an einer Handgelenk-Caries früher gelitten hatte, sehr verdächtig hüstelte und an nächtlichen Schweissen litt.

Patientin verweigerte die Amputation und schritt ich, um kein Mittel unversucht zu lassen, zur Resection.

Es wurden alle Knochen von der untern Fläche der Tibia ab, (letztere eingeschlossen), bis zur Mitte der Metatarsalknochen entfernt. Der Verlauf war ein günstiger. Es hat indess mindestens ein Jahr gedauert, ehe Patientin gehen konnte, jetzt kann selbige sich des Fusses bedienen. Die Functionsfähigkeit ist eine sehr gute zu nennen.

7. Schneider, Paul, 49 Jahre alt, Eisenbahnarbeiter aus Cöln, 13. April 1875 aufgenommen mit caries ossium pedis dext.

Im Jahre 1874 hatte Patient zuerst Schmerzen im rechten Fusse; dieselben wurden immer heftiger; es entstand eine entzündliche Schwellung, die in Eiterung überging und nachher wieder zuheilte, um im Beginn des Jahres 1875 wieder aufzubrechen. Im März ward Patient aufgenommen und eine Caries des os cuboideum ausser Zweifel gesetzt.

18. Mai entschloss Patient sich zur Resection. Ich entfernte das os cuneiforme II, III und das os cuboideum sowie die Basis der ossa metatars. III, IV, V. Der calcaneus wurde ausgelöffelt. Der Verlauf war günstig, indess schritt der Knochenentzündungsprocess auf den Talus und auf das os naviculare über. Die Eiterung blieb profus.

28. October. Entfernung des os naviculare, des talus, des os cuneiforme primum und nochmalige Ausschabung des calcaneus. Es blieb nur ein Theil der Rinde als Hülse übrig. Von den Fusswurzelknochen blieben also nur noch die Bases des I. und II. Metacarpus übrig.

Wenn ich noch einmal in der Lage wäre, diese Operation zu machen, so würde ich, wie ich es auch schon im Jahre 1870 bei den Handgelenkresectionen gethan habe, und wie Herr Prof.

von Langenbeck empfohlen hat: „alle Handwurzelknochen nebst den Bases der Metacarpalknochen und der Gelenkfläche des Radius und der ulna zu entfernen,“ so auch den letzten Rest der Fusswurzelknochen, die Bases des I. und II. Metatarcalknochens, mit entfernt haben. Der Verlauf war wieder ein guter, indess musste ich nachträglich, noch am 6. Januar 1876, das Versäumte nachholen; ich kratzte jetzt auch noch die untere Fläche der Tibia ab.

Der Fuss ist um ein ganz Bedeutendes, um 1¼ Zoll verkürzt, es bestehen noch mehrere Fisteln in der Gegend des Fussgelenks, die nicht wenig Eiter spenden; das Gelenk ist verdickt, jedoch nimmt die Schwellung von Tag zu Tag immer mehr ab.

Nachträglich riss aber im Jahre 1876 dem Patienten die Geduld. Da die Eiterung wieder bedeutend zugenommen hatte, die Schwellung am Tibialende besonders stark war, so sah ich mich genöthigt, die Amputatio cruris nachzuschicken, welche Patient gut überstand.

8. Cremer, Josef, 15 Jahre alt, aus Cöln, am 13. December 1875 aufgenommen mit Periostitis necrotica des unteren Endes der Fibula. 14. December partielle Resection des Fussgelenks, vide nachher sub. Knochenentzündungen.

Ich schliesse hieran noch einen Fall von ausgedehnterer Resection der Tarsalknochen. Derselbe wird bei der Caries der Fusswurzelknochen erwähnt werden.

Milowitz, Mädchen, 2½ Jahr alt aus Cöln, 1. März aufgenommen mit Abscessus pedis und Knochenentzündung, 6. Juli 1875 geheilt entlassen.

11. Juli 1875 wieder anfgenommen mit chronischer Fusswurzelknochenentzündung.

21. Juli. Resection aller Fusswurzelknochen mit Ausnahme des Talus, des Calcaneus und der Bases der Metatarsalknochen.

Verband nach Thiersch.

Der Verband wurde innerhalb der ersten 6 Tage drei Mal gewechselt, von da ab fand nur alle 6, nachher alle 10-14 Tage ein Verbandwechsel statt.

14. März 1876. Der Fuss ist etwas verkürzt, die Fisteln haben sich geschlossen, die Beweglichkeit des Fusses ist eine normale. Das Kind ist geheilt entlassen.

Knochenentzündungen des Femur

kamen 8 Mal zur Beobachtung bei 6 Männern, 3 Mal in uno Individuo.

3 Mal betrafen dieselben den Amputationsstumpf des Zander, Heinrich, 40 Jahre alt, aus Cöln, aufgenommen am 8. April 1875, entlassen am 28. Mai 1875. Am 19. Mai 1872 war er von Hrn. Geh.-Rath Fischer amputirt worden und blieb darauf 9 Monate im Hospitale. Die Wunde war geheilt bis auf eine kleine Knochenfistel. Seit jener Zeit hat mehrmals ein Knochensplitter extrahirt werden müssen.

Im Laufe des Jahres 1875 wurde Patient 3 Mal in's Hospital aufgenommen und jedesmal gelang es, ihn, bald nach Extraction eines Splitters, geheilt wieder zu entlassen.

Das letzte Mal habe ich den Knochenstumpf, welcher ziemlich verdickt war, in der Länge von mindestens 1½ Zoll ausgelöffelt. Da nämlich die früher extrahirten Splitter jedesmal im entzündeten Centralcanale des Stumpfes eingebettet gelegen waren, hoffte ich jetzt durch die Auslöfflung eine zur Knochenbildung neigende Entzündung des Knochens hervorgerufen zu haben, gerade so wie es sich empfiehlt, (in letzter Zeit habe ich dies niemals versäumt) die Knochenlade um einen necrotischen Splitter gehörig auszulöffeln, weil dadurch die Eiterung eine bessere, und die Lade viel eher mit Knochenmasse ausgegossen wird.

Zuletzt ist Patient am 12. November 1875 geheilt entlassen, und hat sich bisheran noch nicht wieder vorgestellt; da er bei einem Rückfalle als städtischer Armer auf das Hospital angewiesen ist, so ist es bei seinem Ausbleiben höchst wahrscheinlich, beinahe sicher, dass bis heute sein Stumpf gesund geblieben ist.

4. Ein Kind kam in der Privatpraxis zur Operation. X. aus Z. bekam 6 Wochen vorher, ehe ich dasselbe in Behandlung erhielt, plötzlich sehr heftige Schmerzen im untern Theile des linken Oberschenkels. Patient fieberte dabei stark, das Kniegelenk war frei, indess stellte sich allmälich der Unterschenkel in Flexion.

Nach 14 Tagen machte der behandelnde Arzt eine Incision,

worauf sich der Zustand bedeutend besserte; das Fieber liess nach, die Eiterung blieb aber dauernd eine sehr profuse. Von einer Fistel, welche an der innern und vordern Seite des Oberschenkels, oberhalb des Knies, gelegen war, fühlte man in der Tiefe den Femur rauh und entblösst. Der Splitter war noch nicht lose, konnte indess mit einiger Gewalt durch einen eingesetzten Hebel gelockert und herausbefördert werden. Die Knochenlade war noch nicht gebildet, das Periost nur stark verdickt.

Trotzdem, dass das Leiden erst 6 Wochen bestand, schlug ich dem Patienten die Resection des necrotischen Knochens vor. Der Verlauf war ein sehr günstiger, Patient war in 2 Monaten geheilt.

Ich halte es nicht für nothwendig, Monate und Jahre lang zu warten, bis der Knochen abgestossen ist, und sich eine gehörige Lade entwickelt hat, indem dadurch zum mindesten sehr viel Zeit verloren geht und die Constitution des Patienten vielleicht zu sehr leidet; durch die fortdauernde profuse Eiterung ist er ja so manchen Gefahren, wie der Entwickelung von Tuberculose der Lungen oder von speckiger Entartung der Unterleibsorgane ausgesetzt.

Ich habe daher den Grundsatz, so bald sich Necrosis eines Knochens resp. Periostitis und Entblössung desselben entwickelt, gleich die ganze Höhle gehörig bloss zu legen. Sollte es wirklich nicht gelingen, die Abgrenzung des in Zukunft sich vielleicht loslösenden Knochenstückes zu bestimmen und dieses auf die eine oder andere Weise zu evacuiren, so habe ich jedenfalls das erreicht, dass die Höhle gehörig bloss gelegt wird und sich verkleinert, dass dem Eiter ein ordentlicher Abfluss geschaffen und die Eiterung baldigst eine geringere und bessere wird. Vielleicht habe ich noch dadurch erzielt, dass sich das Periost anlegt, weil es nicht mehr durch den retinirten Eiter von den entblössten Knochen abgehoben ist, und dass dasselbe den in seiner Vitaliät gefährdeten Knochen wieder ernährt.

Ich führe hier ein Beispiel an, wo dies der Fall war.

5. Goebel, Matthias, 14 Jahre alt, aus Cöln, am 7. November 1875 aufgenommen, hatte seit kurzer Zeit Schmerzen in dem untern Ende des Femur sin. Der Schmerz steigerte sich unter Fiebererscheinungen. Vor etwa 8 Tagen brach ein Abscess

auf; darauf fiel das Fieber und Patient fühlte sich wohler, indess war die Eiterung noch stets eine sehr profuse und übel riechende.

7. November 1875. Ich diagnosticirte eine Periostitis des Oberschenkels mit Sequesterbildung und sagte mir: Es ist allerdings möglich, dass ich bei der kurzen Zeit des Leidens den necrotischen Splitter nicht entfernen kann, was indess irrelevant ist. Ich will vor Allem erst die Höhle blosslegen; dadurch werde ich die Eiterung bessern und verringern, und dem Periost Gelegenheit geben sich besser anzulegen, und so vielleicht die Entstehung der Necrosis zu verhindern. Besteht indess Necrosis so kratze ich den Knochen ab, für den Fall es absolut unmöglich ist, den necrotissirenden Knochen zu entfernen, und vielleicht gelingt es, in's gesunde Gewebe hineinzugelangen, und den Process so abzukürzen.

Es zeigte sich bei der Operation, wie ich vermuthete, dass die hintere Fläche des Knochens etwa $2\frac{1}{2}''$ entblösst und rauh war; eine Grenze war nicht zu finden. Ich schabte daher den Knochen ab.

11. November wurde Patient, da er die Verpflegungskosten im Hospitale nicht länger zu zahlen vermochte, mit bedeutend verringerter Eiterung entlassen.

Jedenfalls war hier erreicht worden, dass die Eiterung eine geringere wurde, ja sogar, dass Patient, welcher sehr schwach und äusserst mager war, innerhalb 6 Wochen vollständig geheilt wurde, wie mir Herr Dr. Wahn aus Lindenthal, welcher die Nachbehandlung des Falles leitete, nachträglich brieflich mittheilte, so dass also in diesem Falle die Necrose verhindert wurde, was meiner Ueberzeugung nach ohne Eröffnung des Abscesses und Abschabung des entblössten Knochens wohl nicht zu erzielen gewesen wäre.

In einem ähnlichen Falle meisselte ich den Knochen ab und erzielte so Heilung.

Es ist bekannt, dass die Ostitis in den untern Enden des Femur oft sehr lange Zeit gebraucht, um die Sequester-Abstossung hervorzurufen.

In einem solchen relativ frischen Falle meisselte ich die Höhle auf, in der Erwartung, einen necrotischen Splitter vorzu-

finden. Letzteres war nicht der Fall; es sah die Knochenrinde an ihrer Markhöhlenfläche weiss necrotisch aus, indess war sie fest in die übrige Rindensubstanz eingefügt. Ich meisselte daher die innere Wand mit einem Hohlmeissel gehörig aus, bis ich überall frisch entzündeten, blutigen Knochen vor mir hatte.

Die Heilung ging sehr rasch von statten und wurde Patient in 2 Monaten geheilt entlassen.

7. Charlier, Adam, 27 Jahre alt, aus Cöln, wurde in den ersten Tagen des Krieges 1870/71 durch einen Schuss in den rechten Oberschenkel verletzt. Es bestand ein Splitterbruch. Die Kugel und mehrere Splitter wurden entfernt.

Seit jener Zeit ist Patient fast dauernd an's Bett gefesselt. Ab und zu tritt eine heftige Entzündung des Oberschenkels ein, der Eiter stockt, bis dann durch Aufbruch eines neuen Abscesses der Zustand des Patienten sich wieder bessert. Nach einer solchen Attaque liess Patient sich ins Hospital aufnehmen, und erfolgte die Aufnahme am 6. December 1874.

Es gelang mir nicht, einen necrotischen Splitter zu entdecken, indess ist dies auch nicht nöthig, es genügt, sagen zu können, es besteht eine Fistel und selbige muss geschlossen werden; ob da ein Splitter die Ursache ist, oder ob centrale Ostitis besteht, ist ganz gleichgültig. Ich meisselte daher den colossal verdickten Schaft des Oberschenkels in der Mitte der Diaphyse den Fisteln folgend auf, und fand trotz genauen Suchens und Forschens keinen Splitter. Ebenso wenig gelang es, ein Stück Kugel zu entdecken. Es bestanden nur mehrere Fisteln, welche von allen Seiten in eine centrale Höhle des Knochens hineinführten. Die Höhle war von porösem Knochen umgeben, und man entdeckte hier und da einzelne abgestossene Grieskörnchen von porösem Knochen.

Wir hatten es daher mit einer centralen Ostitis zu thun. Die Höhle wurde mit dem Löffel gehörig ausgeschabt und gemeisselt.

Behandlung nach Lister.

Der Verlauf war ein günstiger und führte innerhalb 3 Monaten zur Heilung.

Nachdem Patient schon 2 Monate geheilt war, trat plötzlich wieder eine Entzündung des Oberschenkelknochens ein und

musste die nämliche Procedur nochmals, indess gründlicher, wiederholt werden. Patient ist jetzt seit 7 Monaten dauernd geheilt.

8. Sternberg, Jos., 10 Jahre alt, aus Cöln, ist am 21. November 1874 aufgenommen. Patient ist seit 3 Jahren ständiger Gast im Hospital und ward mehrmals von Herrn Geh. Rath Fischer operirt. Es bestanden bei meiner Uebernahme des Hospitals mehrere Fisteln am rechten Oberschenkel, welche direct in den Knochen führten. Ich konnte keinen necrotischen Splitter entdecken, indess gelangte die Sonde in eine Knochenhöhle. Ich habe den Patienten drei Mal operirt und hierbei stets Folgendes entdeckt: durch drei Fisteln gelangt man in zwei Knochenhöhlen, welche von Granulationsgewebe ausgefüllt waren. Die Knochenhöhlenwand zeigte sich nach Abschabung der Granulationen nicht, wie gewöhnlich, bröcklich, zackig und morsch, sondern war glatt, elfenbeinhart, weiss aussehend und wenig blutreich, so dass man, wenn sie nicht doch ein wenig geblutet hätte, fast versucht gewesen wäre, den ganzen Oberschenkel für necrotisch zu halten. Der Knochen war vielleicht um's Doppelte verdickt.

Nachdem die Operation der Ausmeisselung und Löffelung mehremals vergeblich versucht worden war, schlug ich dem Patienten, zumal da er ungeheuer abfiel und der Urin sehr eiweisshaltig war, die Amputatio femoris vor. Letztere wurde am 31. Dec. 1875 gemacht und zwar unmittelbar unterhalb des Trochanter minor. Bei der Amputation gleich oberhalb des afficirten, verdickten mittlern Theiles fiel die Sägefläche in eine kleine, mit Granulationen angefüllte Höhle, welche etwa bohnengross und nach allen Seiten von sclerosirtem Knochen umgeben war. Ich amputirte daher nachträglich noch einmal höher, in der Höhe des Trochanter minor.

Ueber dem Knochenstumpfe wurde wiederum, wie stets, das Periost mit Catgut vernäht. Behandlung nach Thiersch. Der Verlauf war ein günstiger. Patient ist nur einige Male verbunden worden.

Es besteht keine Fistel mehr; als geheilt liegt er augenblicklich noch auf der Station.

Juli 1876. Es hat sich nachträglich noch einmal eine Entzündung des Amputationsstumpfes mit Uebergang in Eiterung entwickelt, so dass jetzt noch eine Fistel besteht.

Knochenentzündungen

des Unterschenkels kamen 7 Mal zur Beobachtung, 5 Mal bei Männern und 2 Mal bei Weibern.

Einer dieser Fälle fand schon früher seine Erwähnung.

1. Schröder, Jos., 33 Jahre alt, Tagelöhner aus Friedrichsdorf, aufgenommen mit Periostitis am 16. December 1874, gestorben am 15. Januar 1875 an Pyaemie. Vide „Pyaemie.“ Es handelte sich in diesem Falle um eine Periostitis post Trauma.

Der zweite Fall starb ebenfalls an Pyaemie in Folge einer acuten Periostitis mit Fascienvereiterung.

2. Bomm, Jos. 54 Jahre alt, Gärtner aus Cöln, 21. April 1875 aufgenommen mit den Erscheinungen von Pyaemie; am 3. Mai 1875 gestorben.

Das dritte Mal handelte es sich um eine Caries necrotica des linken Malleolus externus.

3. Cremer, Jos., 15 Jahre alt, Schlosser aus Cöln, 13. December 1875 aufgenommen. Patient bemerkte vor 4 Wochen eine Anschwellung des äussern Knöchels des linken Fusses, welche aufgeschnitten wurde. Da der Schnitt sich nicht schloss, suchte Patient Hülfe im Hospital.

Mit der Sonde gelangte man auf rauhen Knochen.

14. December. Das untere Ende der Fibula ward einen Zoll weit resecirt mit Eröffnung des Fussgelenkes. Verband nach Thiersch.

Patient fieberte anfänglich stark, bis die offene Berieselung eingeführt wurde. Es traten noch mehrere Abscesse auf dem Fussrücken ein; indess war der Verlauf nachher ein günstiger, so dass am 15. Januar 1876 zur trockenen Behandlungsmethode übergegangen werden konnte, und Patient von da ab höchstens alle 8—10 Tage verbunden wurde.

4. Hermans, Johann, 18 Jahre alt, Anstreicher aus Cöln, caries fibulae, 4. October 1875 aufgenommen, 21. November 1875 entlassen.

In diesem Falle handelte es sich um eine oberflächliche Caries des Köpfchens der Fibula. Patient spürte am 25. Juni plötzlich Schmerzen in der Wade des linken Beines. Die Wade schwoll allmälich an, und es zeigte sich an mehreren Stellen derselben Fluctuation.

5. October. Der ganze obere Theil der Wade besonders entlang der Fibula fluctuirt. Die Gegend des Capitul. fibulae ist besonders schmerzhaft. In der Kniebeuge besteht eine Fistel, durch welche man bis auf das Capitul. fibulae gelangt.

6. October eröffnete ich die Abscesse und gelangte hierbei auf das entblösste Capitulum fibulae; ich kratzte dasselbe ab.

21. October wurde Patient mit guter Granulationsfläche ohne Fistelbildung entlassen.

Ein Mal kam eine Periostitis tibiae in der Ambulanz zur Beobachtung, ohne dass eine Behandlung eingeleitet wurde.

5. und 6. Bei Frauen sah ich im verflossenen Jahre nur zwei Mal eine Entzündung der Unterschenkelknochen. Ein Mal war es eine Periostitis post Trauma, welche bei geeigneter Behandlung ohne operativen Eingriff zur Heilung führte; das andere Mal wurde eine Patientin, welche neben einem schweren innern Leiden noch eine Necrosis tibiae sin. hatte, von der innern auf die äussere Station verlegt, um am nämlichen Abende an Lungenödem zu Grunde zu gehen.

7. Otto, Eva, 57 Jahre alt, aus Cöln, am 3. August 1875 aufgenommen mit Necros. tibiae und hochgradigstem Emphysem. Abends Tod durch Lungenödem.

Entzündungen der Fusswurzelknochen und Zehen.

Dieselben kamen 12 Mal, bei Männern 9 Mal und bei Weibern 3 Mal zur Beobachtung.

Ein Mal führte eine acute Necrosis der Fusswurzelknochen mit septischer Phlegmone zum Tode.

1. Wolff, Adolf, 65 Jahre alt, Kaufmann aus Amsterdam, am 9. April 1875 aufgenommen, gestorben an Septicaemie am 29. Mai 1875. Vide „Septicaemie.“ Patient zog sich in Folge einer Contusion eine Necrose der Fusswurzelknochen und in deren Gefolge septische Pflegmone des Fusses und des Unterschenkels zu.

Etwas ausführlicher muss ich hier einen Fall besprechen, welcher bei meiner Uebernahme der chirurgischen Station mit überwiesen wurde, und welcher noch augenblicklich, allerdings fast geheilt, im Hospitale weilt.

2. Meis, Ernst, 20 Jahre alt, aus Solingen, am 7. September 1874 aufgenommen. Vor 4 Jahren schwoll die rechte grosse Zehe an, die Anschwellung öffnete sich und entleerte von da ab beständig Eiter.

Dieses Leidens halber ist Patient schon 4 Mal operirt worden. 1 Mal wurde ein necrotischer Splitter aus dem Metatarso-phalangeal-Gelenke entfernt; nachher der Fuss in der Mitte des Metatarsus quer amputirt. Auch hiernach heilte das Leiden nicht. Ich schlug ihm den Chopart vor, jedoch verweigerte er diese Operation. Es wurden daher alle Metatarsus-Knochen mit Ausnahme des 5. resecirt; aber auch jetzt war die Sache noch nicht abgelaufen; nachträglich musste ich ihm noch den 5. Metatarsus entfernen. Die Entzündung schritt jedoch auf das Chopart'sche Gelenk weiter. Zuletzt wurde am 2. Februar 1876 der Chopart gemacht, aber mit Erhaltung des vor dem betreffenden Gelenke gelegenen durch Periostauflagerungen — die Resectionen werden stets subperiostal gemacht — verdickten und festen Fussstumpfes. Es wurden also eigentlich alle Metatarsal-Knochen mit Ausnahme des Calcaneus und des Talus resecirt.

Behandlung nach Thiersch.

Verlauf ist sehr günstig, Patient wird höchstens alle 10—14 Tage verbunden.

Der Fuss ist trotz der Entfernung aller genannten Knochen noch 15 cm. lang und wird zum Gehen sehr gut zu verwenden sein.

Bei demselben Patienten mussten ausserdem noch die Spina und das Acromion des rechten Schulterblattes entfernt werden, da auch diese Theile necrotisch waren.

3. Wimmers, Mina, 27 Jahre alt, aus Cleve, mit Caries hallucis dextri am 15. Juli 1875 aufgenommen, am 12 August 1875 entlassen.

Das Metatarso-phalangeal-Gelenk ist cariös. Resection des Gelenkes. Es wurde vier Mal der Verband gewechselt und Patientin mit gut granulirender Wunde entlassen. Die Wunde hat sich nachher geschlossen.

4. Schoedry, Friedr. Wilh., 54 Jahre alt, aus Cöln, am 30. October 1874 aufgenommen mit Caries des ersten Metatarso-

phalangeal-Gelenkes des Fusses, wesshalb die Exarticulation der grossen Zehe gemacht wurde.

Es blieb noch eine fistulöse Eiterung am I. Metatarsus bestehen. Ich machte daher nachträglich die Resection des I. Metatarsus, und Patient wurde am 17. Mai 1875 geheilt entlassen.

5. Schaefer, Ambrosius, 57 Jahre alt, wurde aufgenommen mit Caries necrotica des I. Metatarso-phalangeal-Gelenkes und des I. Metatarsal-Knochens.

Es wurde die Resection des betreffenden Gelenkes, des I. Metatarsal-Knochens und eines Theiles des os cuneiforme I. gemacht.

Der Verlauf war ein sehr langsamer; es entstand eine anfänglich für phlegmonös gehaltene Entzündung des Mittelfusses, die indess nichts Anderes war, als eine Fortpflanzung der Entzündung vom os cuneiforme I auf das Gelenk zwischen os naviculare et cuneiforme I und weiter auf alle Fusswurzelknochen; zuletzt war das Gelenk zwischen os calcaneum und os cuboideum besonders ergriffen, bei Bewegungen hörte man starkes Crepitiren. Es wurde daher am 14. März 1876 die Amput. sub talo mit Abtragung des Kopfes des Talus gemacht.

Fast die ganze Fusssohle wurde als vorderer Lappen benutzt. Der Verlauf war ein günstiger, und ist Patient geheilt.

6. Göbbels, Ludwig, 47 Jahre alt, Tagelöhner aus Cöln, am 4. December 1875 aufgenommen mit Caries necrotica des I. Phalangeal-Gelenkes der grossen Zehe, wesshalb die Resection des Gelenkes zwischen I. und II. Phalanx gemacht wurde.

Behandlung mit Salicyljute-Verband. Verlauf günstig. Heilung ist erzielt.

7. Mertens, Peter, 7½ Jahr alt, aus Cöln, leidet in Folge von Lupus an Ectropium des obern Lides. Es wurde dieserhalb ein Lappen aus der Stirne auf das obere Lid gepflanzt. Das Ectropium war gebessert, indess ward nachher zur vollständigen Correction noch eine 2. Operation nöthig, die Vernähung der Lider. Der Fall fand schon seine Besprechung bei den Affectionen des Gesichtes.

Ausserdem litt Patient an centraler Caries des Fersenbeines, wesshalb zuerst die Auslöfflung dieses Knochens bis auf die

Rinde gemacht wurde. Ich schickte, da das Leiden nicht heilen wollte die totale Exstirpation des Fersenbeines nach. Wie ich dieselbe auszuüben pflege, ist in dem Anhange „scharfer Löffel“ beschrieben.

Behandlung nach Thiersch. Verlauf günstig. Die Heilung steht in nächster Zukunft in Aussicht.

8. Schneider, Paul, 49 Jahre alt, am 13. März 1875 aufgenommen. Bei diesem wurde anfänglich nur die Resection einzelner Fusswurzelknochen gemacht, indess schritt, wie dies bei Caries einzelner Fusswurzelknochen trotz der Resection aller kranken Knochen gewöhnlich zu geschehen pflegt, der Prozess allmälich auf die anderen Fusswurzelgelenke über, und wurde nachträglich die Resection aller Fusswurzelknochen gemacht. Vide „Fussgelenkresection.“

9. Alexianerbruder Alfons wurde in der Privatpraxis behandelt wegen Caries der Fusswurzelknochen nach Trauma. Es fiel ihm ein Messer in den Fussrücken. Hieran schloss sich eine acute Entzündung der Fusswurzelknochen. Patient war tuberculös, die Eiterung sehr profus, desshalb schlug ich ihm die Resection der betroffenen Knochen vor.

Ich entfernte das zweite und dritte Keilbein und die Basis des II. Metatarsusknochen.

Der Verlauf war ein günstiger und Patient fast geheilt. Während desselben machte er zweimal eine Hämoptoë durch.

Die Fistel, welche anfänglich wenig Eiter spendete, fing plötzlich wieder an stärker zu eitern, und die Gegend des os naviculare wurde schmerzhaft. Es wurde daher im Juli 1876 noch eine Nachresection nöthig. Der Verlauf ist seit der 2. Operation ein günstiger und steht die vollständige Heilung in kurzer Zeit bevor.

10. Bullen, Joseph, 42 Jahre alt, mit Caries centralis hallucis am 30. Mai 1875 aufgenommen. Es wird die Cavität der I. Phalanx ausgelöffelt. Verband nach Thiersch; geheilt ohne Fistel.

11. Ein Mal wurde bei einer Frau wegen Caries necrotica die Resection eines Metatarso-Phalangeal-Gelenkes gemacht. Der Verlauf war ein günstiger, die Heilung fand ohne Fistelbildung statt.

12. Bei einer andern Frau wurde die I. Phalanx resecirt.

Genu valgum

kam 27 Mal zur Beobachtung und zwar 14 Mal bei Männern und 13 Mal bei Frauen.

Die Behandlung des Genu valgum war stets dieselbe. Es wird das Bein zuerst mit einer Flanellbinde, dann mit Gipsbinden umwickelt, an eine, an der äussern Seite desselben angebrachte, Schiene mittelst einer leinenen Binde herangezogen und in dieser Stellung erhalten, bis die Gipsbinden erhärtet sind. Alsdann werden leinene Binden und Schiene abgenommen.

Der Gipsverband bleibt 2—3 Wochen liegen und macht dann einem neuen, ebenso angelegten Platz. So werden immer 4—6 Verbände nach einander angelegt und hierauf die übliche Maschine gegeben.

Pes varo-equinus

kam 14 Mal, bei 8 Männern und 6 Weibern zur Beobachtung. Die Kinder werden stets sofort in Behandlung genommen und nicht etwa die Zeit abgewartet, bis sie den Verband nicht mehr durch den Urin benetzen. Es wird zuerst die Achillessehne subcutan durchschnitten und nach 3 Tagen ein Gipsverbändchen angelegt. Darauf wird der Unterschenkel und das Füsschen über eine Schiene, die durch einen Bügel, welcher als Ausschnitt für die Ferse dient, mit einem Fussbrettchen in Verbindung steht, mittelst einer leinenen Binde fest angezogen, so dass der Fuss in eine natürliche Stellung gebracht wird. Die Schiene bleibt 24 Stunden liegen, bis der Gipsverband getrocknet ist. Dieser Verband wird je nach Bedürfniss 4—8 Mal wiederholt, und dann erhält das Kind eine Klumpfussmaschine.

Das hiernach erzielte Resultat ist stets ein sehr günstiges und innerhalb verhältnissmässig kurzer Zeit zu erreichen.

Pes calcaneus

kam 1 Mal zur Beobachtung und zwar linkerseits, bei einem Mädchen, welches rechtsseitig Pes equinus hatte. In diesem Falle waren die Sehnen des tibialis anticus und des extensor hallucis besonders gespannt. Ich machte die Tenotomie dieser Sehnen. Das Resultat war ein gutes.

Pes planus.

Ausgeprägter Pes planus, so dass die betreffenden Kranken das Hospital aufsuchen mussten, kam 7 Mal zur Beobachtung, bei 3 Männern und 4 Weibern. In prägnanten Fällen, in denen das Gehen stark behindert ist, lege ich einen Gipsverband über eine hölzerne Fusssohle, während der Fuss stark in Pes-Varus-Stellung gehalten wird.

Essentielle Lähmungen

kamen 9 Mal zur Beobachtung, bei 4 Männern und 5 Weibern, und zwar stets mit secundärem Pes varo-equinus, wesshalb die Tenotomie der Achillessehne gemacht werden musste.

6 Geschwülste an den unteren Extremtäten

sind verzeichnet. 3 Mal wurde ein Enchondroma sub ungue hallucis, 2 Mal bei Frauen und 1 Mal bei einem jungen Manne abgetragen. Nach der Wegnahme brannte ich die Basis mit ferrum caudens. Jedesmal war die Geschwulst im Centrum verknöchert.

Ein Mal entfernte ich ein Neurom von der Grösse einer kleinen Bohne oberhalb der Patella. Patient war seit 7 Jahren auf's Peinlichste gequält worden; bei jeder Reibung, die seitens der übergleitenden Hose statt fand, empfand er die fürchterlichsten Schmerzen. Mit der Operation war das Uebel gehoben.

1 Epithelialcarcinom in ulcere cruris kam zur Beobachtung. Dieser Fall fand schon seine Erwähnung.

Ein Mal kam ein Epitheliom bei einer alten Frau X. aus Caster, an der innern Seite des linken Kniees mit Handfläche breiter Basis aufsitzend, zur Beobachtung. Das Epitheliom hatte die Form eines korkzieherartig gewundenen, etwa 5 Zoll langen, an der Basis 2 Zoll, an der Spitze etwa 1 Zoll dicken Hornes, und war zum grössten Theile exulcerirt. Das Horn bestand schon seit Decennien und ist anfänglich nicht exulcerirt gewesen; erst seit einem Jahre zerfiel die Geschwulst an der Oberfläche und wuchs rasch.

Ich machte die Exstirpation. Die Heilung erfolgte innerhalb 3 Wochen.

Uebersichts-Liste

aller im Jahre 1875 Behandelten.

Geordnet nach der Körpergegend mit Angabe der Seitenzahl.

Es wurden im Ganzen 3594 Individuen im Hospitale resp. in der Ambulanz behandelt.

Diese Zahl bleibt hinter der wirklichen der im Hospitale Hülfe Suchenden zurück; da einerseits von den im ersten Jahre in der Ambulanz Behandelten nur diejenigen gebucht worden sind, welche einer Operation unterworfen wurden; andererseits ist der Jahresbericht nach den Krankengeschichten entworfen und dürfte wohl bei leichten Erkrankungsfällen der eine oder andere Fall übersehen worden sein. Ausserdem sind viele der Patienten 2 und 3 Mal im Hospitale aufgenommen gewesen, ohne wieder verrechnet zu werden, was bei einer regelrechten Statistik nöthig ist. Es besteht hier wie allerwärts ein gewisser und nicht kleiner Prozentsatz von Hospitalkranken, welche das Hospital jahraus jahrein bevölkern. Die Zahlen der Liste weichen zuweilen vom Texte ab; es beruht dies darauf, dass im Texte besonders in Bezug auf die Zahlen einzelne Fehler unterlaufen und bei der Correctur übersehen worden sind; bei solchen Differenzen ist folgende Tabelle als die richtige Auskunft gebende zu betrachten.

Es kann auffällig erscheinen, dass bei 3594 Patienten 1077 Operationen gemacht worden sind; dies findet jedoch schon theilweise darin seine Erklärung, dass nicht so leicht eine Operation übersehen wird, während bei leichten Erkrankungen, z. B. bei Hautaffectionen, Geschwüren, dies eher passirt.

Ausserdem sind ja oftmals, z. B. bei allgemeiner Caries, in uno individuo 5 und 6 Operationen vollführt worden. Ich gehe bei allgemeiner Caries von dem Grundsatze aus, alle cariösen Heerde, und mögen deren selbst ein halbes Dutzend sein, rach nach einander in Angriff zu nehmen. Ein Individuum erträgt viel besser ein halbes Dutzend Operationen, als das lange Bestehen von vielseitiger Caries. Das Fortbestehen von Caries schwächt die Constitution des Kranken und führt wieder an anderen Stellen zu erneuerten Ausbrüchen von cariösen Processen. Ich habe mich z. B. nicht gescheut, zu reseciren, auf einmal 5 Metacarpi resp. Phalangen auszulöffeln, und bereue dies nicht, auf solche Weise gelingt es, des allgemeinen Leidens Herr zu werden. Je früher man alles Krankhafte entfernt, um so eher ist eine totale Heilung zu erwarten.

I. Affectionen des Kopfes.

148 Fälle.

Männer 90 — Weiber 58.

A. Verletzungen:				S. 73
1. Offene Wunden	45,	M. 38	W. 7	
2. Contusionen	9,	„ 9	„ „	
3. Schussverletzungen	2,	„ 2	„ —	
4. Fractura basis cranii	3,	„ 3	„ —	
	59,	„ 52	„ —	
B. Entzündliche Processe:				S. 78
1. Abscesse	4,	M. 3	W. 1	
2. Eczema capitis	61,	„ 24	„ 37	
3. Favus	1,	„ —	„ 1	
4. Caries der Schädelknochen	9,	„ 4	„ 5	
5. Ectasie des sinus frontalis	1,	„ —	„ 1	
	76,	„ 31	„ 45	
C. Neubildungen:				S. 82
1. Atherome	7,	M. 4	W. 3	
2. Hygroma cysticum	1,	„ —	„ 1	
3. Epitheliom	1,	„ 1	„ —	
4. Teleangiectasie	4,	„ 2	„ 2	
	13,	„ 7	„ 6	

II. Affectionen des Ohres.

55 Fälle.

Männer 30 — Weiber 25.

A. Verletzungen:				S. 85
1. Wunde	1,	M. 1	W.—	
2. Fremdkörper im Ohre	5,	„ 3	„ 2	
3. Ohrenschmalz	4,	„ 3	„ 1	
	10,	„ 7	„ 3	
B. Entzündliche Processe:				S. 86
1. Furunkel im äussern Ohr	5,	M. 2	W. 3	
2. Catarrh des äussern Ohres	8,	„ 5	„ 3	
2. Lupus am Ohrläppchen	3,	„ 1	„ 2	
3. Catarrh des innern Ohres	7,	„ 3	„ 4	
4. Stenosis tubae Eustachii	8,	„ 3	„ 5	
5. Periostitis proc. mastoidus	6,	„ 4	„ 2	
	37,	„ 18	„ 19	

C. Neubildungen: S. 86
1. Granulat.-Polypen 3, M. 2 W. 1
2. Feste Polypen 2, „ 1 „ 1
Epithelioma auriculae 1, „ 1 „ —
6, „ 4 „ 2

D. Missbildung der Ohrmuschel. 2, M. 1 W. 1 S. 88

III. Affectionen des Gesichtes. S. 89

199 Fälle.

Männer 118 — Weiber 81.

A. Verletzungen: S. 89
1. Offene Wunden 25, M. 19 W. 6
2. Brüche der Gesichtsknochen . . 8, „ 8 „ —
a. des Nasenbeines 5
b. der Oberkiefer 2
c. Diastase der Oberkiefer 1
3. Luxationen des Unterkiefers . . 2, „ 1 „ 1
4. Brüche des Unterkiefers . . . 2, „ 2 „ —
5. Verbrennungen 7, „ 7 „ —
44, „ 37 „ 7

B. Entzündliche Processe: S. 93
1. Ekzem im Gesichte 14, M. 9 W. 5
2. Acne rosacea 2, „ 2 „ —
3. Mentagra 5, „ 5 „ —
4. Tuberculöse Geschwüre . . . 3, „ 1 „ 2
5. Syphilitische Geschwüre . . . 1, „ — „ 1
6. Lupus 20, „ 6 „ 14
7. Abscesse 4, „ 2 „ 2
8. Parulisabscesse 5, „ 2 „ 3
9. Zahnfisteln 4, „ 2 „ 2
10. Caries und Necrosis der Gesichtsknochen 13, „ 8 „ 5
71, „ 37 „ 34

C. Nervenaffectionen: S. 96
1. Neuralgie des nervus supraorbitalis . 4, M. 2 W. 2
2. Neuralgie des nervus infraorbitalis . 3, „ 1 „ 2
3. Neuralgie des dritten Astes des trigeminus 1, „ 1 „ —
8, „ 4 „ 4

D. Narbenentstellungen: S. 99
Narbenentstellungen 5, M. 4 W. 1

E. Neubildungen: S. 106
1. Carcirnom 3, M. 3 W. —
2. Teleangiectasieen 27, „ 10 „ 17
3. Atherome 5, „ 3 „ 2

4. Warzen	2, M.	—	W. 2	
5. Epulis	3, „	—	„ 3	
6. Carcinom	12, „	8	„ 4	
a. Nase 4 (Weiber)				
b. Wange 1 (Mann)				
c. Lippen 7 (Männer.)				
7. Sarcoma parotidis	1, „	1	„ —	
8. Sarcom des Oberskiefers . . .	3, „	2	„ 1	
9. Sarcom des Unterkiefers . . .	2, „	1	„ 1	
10. Fibrom im Nasenrachenraum . .	1, „	1	„ —	
	59, „	29	„ 30	
F. Missbildungen (Hasenscharten):				S. 127
Missbildungen (Hasenscharten) .	12, M.	7	W. 5	

IV. Augen-Affectionen.

372 Fälle.

Männer 199 — Weiber 173.

1. Verletzungen	8	S. 129
2. Caries der Orbita	3	
3. Krankheiten der Lider	40	
4. Krankheiten der Bindehaut	78	
5. Krankheiten der Thränenorgane	19	
6. Krankheiten der Hornhaut	62	
7. Krankheiten der Regenbogenhaut	16	
8. Krankheiten der Aderhaut	4	
9. Krankheiten der Linse	26	
10. Krankheiten der Netzhaut	16	
11. Amblyopie	3	
12. Accomodations- und Refractions-Anomalien . . .	52	
13. Muskelerkrankungen	45	

V. Krankheiten der Nasenhöhle.

35 Fälle.

Männer 18 — Weiber 17.

1. Epistaxis	7, M.	3	W. 4	S. 140
2. Syphilitische Geschwüre	5, „	3	„ 2	
3. Ozaena	9, „	3	„ 6	
4. Fremdkörper	5, „	3	„ 2	
5. Polypen	8, „	5	„ 3	
6. Epitheliom der Nasenscheidewand . .	1, „	1	„ —	
	35, „	18	„ 17	

VI. Krankheiten des Rachens.

89 Fälle.

Männer 57 — Weiber 32.

1. Tonsillitis	28, M. 19 W. 9		S. 141
2. Abscesse in den Tonsillen . . .	13, „ 9 „ 4		
3. Pharyngitis granulosa	15, „ 9 „ 6		
4. Pharyngitis diphtheritica	33, „ 20 „ 13		
	89, „ 57 „ 32		

VII. Krankheiten der Mundhöhle. S. 142

19 Fälle.

Männer 8 — Weiber 11.

1. Acute Glossitis	1, M. 1 W.—
2. Abscessus linguae	1, „ — „ 1
3. Ranula	2, „ — „ 2
4. Makroglossie	1, „ — „ 1
5. Stomatitis scorbutica	10, „ 4 „ 6
6. Carcinom der Zunge	4, „ 3 „ 1
	19, „ 8 „ 11

VIII. Krankheiten des Halses und Nackens.

87 Fälle.

Männer 53 — Weiber 34.

A. Entzündliche Processe:		S. 146
1. Acute Halsdrüsenentzündungen . .	12, M. 7 W. 5	
2. Tuberculös entartete Halsdrüsen .	6, „ 4 „ 2	
3. Tuberculöse Hautgeschwüre . .	4, „ 2 „ 2	
4. Phlegmone am Halse	5, „ 3 „ 2	
5. Furunkel am Halse	6, „ 4 „ 2	
6. Carbunkel im Nacken	8, „ 6 „ 2	
7. Struma	6, „ 1 „ 5	
8. Acute Halswirbelentzündung . .	2, „ 2 „ —	
9. Eitrige Halswirbelentzündung . .	2, „ 1 „ 1	
10. Drüsennarbendifformität am Halse .	2, „ 1 „ 1	
11. Difformität durch Muskelcontractur (Caput obstipum)	2, „ 1 „ 1	
	55, „ 32 „ 23	
B. Neubildungen:		S. 149
1. Atherome	3, M. 2 W. 1	
2. Teleangiectasien	3, „ 1 „ 2	
3. Lipome	1, „ — „ 1	
4. Lymphome	15, „ 8 „ 7	

4. Carcinome	1, M. 1 W.—
6. Secundäre Carcinome der Lymphdrüsen des Halses	7, „ 7 „ —
7. Sarcome	1, „ 1 „ —
8. Cyste der bursa subhyoidea . .	1, „ 1 „ —
	32, „ 21 „ 11

IX. Affectionen des Kehlkopfes. S. 155

130 Fälle.

Männer 61 — Weiber 69.

A. Verletzungen:		S. 155
1. Verbrennung des Kehlkopfes . .	1, M. 1 W.—	
2. Fremdkörper im Kehlkopfe . . .	1, „ — „ 1	
	2, „ 1 „ 1	
B. Entzündliche Vorgänge:		S. 155
1. Einfacher Catarrh	23, M. 13 W. 10	
2. Tuberculöse Geschwüre . . .	9, „ 5 „ 4	
3. Syphilitische Entzündung des Kehlkopfes	5, „ 4 „ 1	
4. Aphonia hysterica	3, „ — „ 3	
5. Diphtheritis resp. Croup. . . .	83, „ 34 „ 49	
	123, „ 56 „ 67	
C. Neubildungen:		S. 155
1. Polypen	4, M. 3 W. 1	
2. Carcinome	1, „ 1 „ —	
	5, „ 4 „ 1	

X. Wirbelsäule. S. 162

40 Fälle.

Männer 12 — Weiber 28.

1. Contusion	1, M. 1 W.—
2. Caries der Brustwirbel	4, „ 2 „ 2
3. Kyphosis rhachitica	11, „ 4 „ 7
4. Entzündliche Kyphosis	8, „ 3 „ 5
5. Habituelle Kyphosis mit Scoliosis . .	11, „ — „ 11
6. Spina bifida	2, „ 2 „ —
7. Abscess des Steissbeines	2, „ — „ 2
8. Hygroma cysticum sacrale congenitale .	1, „ — „ 1
	40, „ 12 „ 28

XI. Brust und Rücken. S. 166

181 Fälle.

Männer 105 — Weiber 76.

A. Verletzungen:		S. 166
1. Einfache Contusionen ohne Fractur .	20, M. 18 W. 2	

2. Fremdkörper im Oesaphagus	3,	M. 2	W. 1
3. Wunden des Thorax	6,	„ 6	„ —
4. Verbrennungen	3,	„ 2	„ 1
5. Verrenkungen des Schlüsselbeines	2,	„ 2	„ —
6. Bruch des Schlüsselbeines	19,	„ 15	„ 4
7. Rippenfracturen	18,	„ 14	„ 4
8. Bruch des Schulterblattes	1,	„ 1	„ —
9. Brandnarbe in der Achselhöhle	1,	„ 1	„ —
	73,	„ 61	„ 12

B. Entzündliche Processe: S. 173

1. Erysipelas	8,	M. 3	W. 5
2. Eczeme	13,	„ 5	„ 8
3. Furunkel	8,	„ 5	„ 3
4. Carbunkel	5,	„ 4	„ 1
5. Tuberculöse Geschwüre	2,	„ 2	„ —
6. Gangraen der Brusthaut	2,	„ 1	„ 1
7. Brustdrüseneiterung	25,	„ 2	„ 23
8. Abscess des Rückens	6,	„ 3	„ 3
9. Phlegmone	2,	„ 2	„ —
10. Septische Phlegmone	1,	„ —	„ 1
11. Necrose der spina scapulae	2,	„ 2	„ —
	74,	„ 29	„ 45

C. Neubildungen: S. 178

1. Lymphome	1,	M. 1	W. —
2. Lipome	1,	„ —	„ 1
3. Teleangiectasien	5,	„ 3	„ 2
4. Sarcome (bei 4 Individuen)	7,	„ 5	„ 2
5. Carcinome der Brust	15,	„ 1	„ 14
6. Carcinome des Oesaphagus	5,	„ 5	„ —
	34,	„ 15	„ 19

XII. Bruch. S. 168

215 Fälle.

Männer 120 — Weiber 95.

A. Verletzungen: S. 186

1. Contusionen	3,	M. 3	W. —
2. Stichwunden	2,	„ 2	„ —
3. Schusswunden	2,	„ 1	„ 1
4. Verbrennungen	4,	„ 3	„ 1
	11,	„ 9	„ 2

B. Entzündliche Vorgänge: S. 189

1. Erysipelas	1,	M. —	W. 1
2. Abscess in der Bauchwand	1.	„ 1	„ —
3. Entzündung der Nabelvene	1,	„ —	„ 1
4. Furunkel	1,	„ 1	„ —
	4,	„ 2	„ 2

C. Neubildungen:					S. 190
1. Molluscuium pendulum	1,	M. —	W. 1		
2. Sarcom in der Bauchwand . . .	1,	„ —	„ 1		
3. Sarcom in der Bauchhöhle . . .	2,	„ 1	„ 1		
	4,	„ 1	„ 3		
D. Hernien:					S. 191
1. Reponible Hernien.	174,	M. 100	W. 74		
2. Incarcerirte durch Taxis wieder reponirte Hernien	11,	„ 7	„ 4		
3. Incarcerirte Hernien, bei denen die Herniotomie nöthig wurde . .	11,	„ 1	„ 10		
	196,	„ 108	„ 88		

XIII. Becken. S. 203

16 Fälle.

Männer 10 — Weiber 6.

A. Verletzungen:				S. 203
1. Contusionen	2,	M. 2	W. —	
2. Wunde der Hinterbacke . . .	1,	„ 1	„ —	
3. Fracturen des Beckens	4,	„ 4	„ —	
	7,	„ 7	„ —	
B. Entzündliche Vorgänge:				S. 204
1. Decubitus	2,	M. —	W. 1	
2. Abscess	1,	„ —	„ 1	
3. Caries necrotica	2,	„ —	„ 2	
4. Lumbago	2,	„ 2	„ —	
	7,	„ 2	„ 5	
C. Neubildungen:				S. 205
1. Lipom	1,	M. 1	W. —	
2. Sarcom	1,	„ —	„ 1	
	2,	„ 1	„ 1	

XIV. Mastdarm. S. 206

31 Fälle.

Männer 20 — Weiber 11.

A. Entzündliche Processe:				S. 206
1. Periproctitis	2,	M. —	W. 2	
2. Fistula ani	5,	„ 5	„ —	
3. Strictura recti	2,	„ 1	„ 1	
4. Varices hämorrhoidales	5,	„ 5	„ —	
5. Mastdarmvorfall	9,	„ 6	„ 3	
6. Mastdarmblutung	1,	„ —	„ 1	
	24,	„ 17	„ 7	

B. Neubildungen:			S. 210
1. Sarcom seitlich vom After	1, M. — W. 1		
2. Carcinom des Mastdarmes	6, „ 3 „ 3		
	7, „ 3 „ 4		

XV. Männliche Harn- und Geschlechtsorgane. S. 211

96 Fälle.

A. Verletzungen		5	S. 211
1. Contusionen der Hoden.	2		
2. Zerreissungen der Harnröhre	3		
B. Entzündliche Vorgänge		87	S. 212
1. Stricturen	11		
2. Abscesce	2		
3. Hypertrophie der Prostata	4		
4. Phimosis	34		
5. Paraphimosis	5		
6. Hoden- und Nebenhodenentzündung	8		
7. Hydrocele testiculi	18		
8. Hydrocele funiculi spermatici	4		
9. Hydrocele diverticuli Nuckii	1		
C. Neubildungen		4	S. 219
1. Sarcom des Hodens	2		
2. Epitheliom des penis	2		

XVI. Weibliche Harnorgane. S. 221

6 Fälle.

1. Fissura urethrae	1
2. Blasenblutungen	1
3. Carunculae urethrae	3
4. Carcinoma urethrae	1

XVII. Weibliche Genitalien. S. 224

138 Fälle.

A. Verletzungen		6	S. 224
1. Hämatom der grossen Schamlippe	2		
2. Frischer Dammriss	4		
B. Entzündliche Processe		107	S. 224
1. Fluor albus	8		
2. Pruritus vulvae	1		
3. Condylomata acuminata permagna	1		
4. Ulcus lueticum	1		
5. Diphtheritis der vulva	1		
6. Entzündung der Bartholinischen Drüsen	4		

7. Alter Dammriss 3
8. Blasenscheidenfistel 4
9. Metrorrhagien 9
10. Retroflexio resp. -versio 12
11. Anteflexio resp. -versio 8
12. Uterusvorfall 21
13. Stenosis des äussern Muttermundes . . 5
14. Erosionen am äussern Muttermunde und im Cervicalcanale 9
15. Geschwüre eben daselbst mit Hypertrophie 14
16. Parametritis 6

C. Neubildungen 25 S. 240

1. Uteruspolypen 4
2. Myome des uterus 4
3. Carcinome des uterus 8
4. Sarcome im uterus 2
5. Eierstocksgeschwülste 7

XVIII. Obere Extremitäten. S. 252

450 Fälle.

Männer 336 — Weiber 114.

A. Verletzungen: S. 252

275 Fälle, Männer 224 — Weiber 51.

1. Contusionen 28, M. 19 W. 9

2. Luxationen:

a. der Schulter	22,	M. 21	W. 1
b. des Ellbogens	5,	„ 4	„ 1
c. des Daumens	3,	„ 3	„ —
	30,	„ 28	„ 2

3. Knochenbrüche: 82, M. 60, W. 22.

a. der Diaphyse des Humerus .	13,	M. 8	W. 5
b. des Humerushalses	2,	„ —	„ 2
c. des äussern Condylus . . .	2,	„ 2	„ —
d. des innern Condylus . . .	2,	„ 2	„ —
e. beider Condylen	1,	„ 1	„ —
Oberarm	20,	„ 13	„ 7
a. beider Knochen des Vorderarmes	18,	M. 13	W. 5
b. des radius	33,	„ 25	„ 8
c. der ulna	5,	„ 4	„ 1
Vorderarm	56,	„ 42	„ 14
der Metacarpalknochen . .	6,	M. 5	W. 1

4. Offene nicht mit Knochenlaesionen complicirte Wunden:

a. Schnittwunden	54,	M.	48	W.	6
b. Quetschwunden	25,	„	23	„	2
c. Bisswunde	1,	„	1	„	—
d. Rentention eines Fremdkörpers .	5,	„	2	„	3
e. Verbrennungen	5,	„	2	„	3
f. Erfrierungen	1,	„	1	„	—
	91,	„	77	„	14

5. Complicirte Verletzungen:

a. der Hand	24,	M.	21	W.	3
b. des Ellbogengelenkes . . .	5,	„	5	„	—
c. des Vorderarmes	6,	„	6	„	—
d. des Oberarmes	4,	„	3	„	1
e. des Schultergelenkes . . .	2,	„	2	„	—
f. Schussverletzung mit Complication	3,	„	3	„	—
	44,	„	40	„	4

B. Entzündliche Processe: S. 270

160 Fälle, Männer 104 — Weiber 56.

1. Acute Entzündungen:

a. Erysipelas	4,	M.	4	W.	—
b. Furunkel	1,	„	1	„	—
c. Carbunkel	1,	„	1	„	—
d. Panaritium	37,	„	28	„	—
e. Phlegmone	9,	„	9	„	—
f. Spontane Eiterung bei chronischer Sehnenscheidenentzündung .	3,	„	1	„	2
g. Eitrige Entzündung der bursa olecrani	5,	„	5	„	—
h. Achselbubo	13,	„	9	„	4
i. Lymphangoitis	8,	„	5	„	3
	81,	„	63	„	18

2. Chronische Entzündungen: S. 275

a. Ekzem der Hand . . .	17,	M.	10	W.	7
b. Ganglion	5,	„	2	„	3
c. Sehnenscheidenentzündung des extensor pollicis	4,	„	2	„	2
d. Hygrom des gemeinschaftlichen Beugers	2,	„	—	„	2
e. Lupus	3,	„	1	„	2
f. Spina ventosa	10,	„	4	„	6
g. Caries eines Metacarpo-Phalangealgelenkes	3,	„	2	„	1
h. Caries der Metacarpalknochen .	4,	„	2	„	2
i. Chronischer Handgelenkrheumatismus	3,	„	2	„	1

k. Chronische Handgelenkentzündung 4, M. 2 W. 2
l. Caries der ulna 1, „ — „ 1
m. Fungöse Entzündung des Ellbogens (occult) 5, „ 3 „ 2
n. Fungöse Entzündung des Ellbogens (offen) 7, „ 4 „ 3
o. Trockene Entzündung des Schultergelenkes 8, „ 5 „ 3
p. Eitrige Entzündung des Schultergelenkes 3, „ 2 „ 1

79, „ 41 „ 38

C. Nervenaffectionen: S. 285
1. Radialislähmung 2, M. 2 W.—
2. Hysterische Sehnencontractur . . 1, „ — „ 1

3, „ 2 „ 1

D. Narbencontracturen: S. 286
1. Narbencontracturen 2, „ — „ 2
2. Contractur der fascia palmaris . . 1, „ 1 „ —
3. Contractur im Ellbogengelenke . 2, „ 2 „ —
4. Syndactylie 3, „ 2 „ 1

8, „ 5 „ 3

E. Neubildungen: S. 289
1. Fibroide an den Fingern . . . 2, M. — W. 2
2. Cavernöses Lipom auf der Schulter . 1, „ — „ 1
3. Sarcom am Oberarme . . . 1, „ 1 „ —

4, „ 1 „ 3

XIX. Untere Extremitäten. S. 291

699 Fälle.

Männer 473 — Weiber 226.

A. Verletzungen: S. 291

204 Fälle, Männer 169, Weiber 35.

1. Contusionen 49, M. 43 W. 6
2. Subcutane Fracturen:
a. Oberschenkel 37, M. 22 W.15
b. Kniescheibe 3, „ 3 „ —
c. Unterschenkel 51, „ 44 „ 7
d. Fuss 4, „ 4 „ —

95, „ 73 „ 22

3. Retinirte Fremdkörper . . . 3, M. — W. 3
4. Einfache Wunden 20, „ 19 „ 1
5. Schusswunden 2, „ 2 „ —
6. Verbrennungen 6, „ 5 „ 1
7. Erfrierungen 4, „ 4 „ —

8. Complicirte Fracturen:			
a. Oberschenkel	6,	M. 5	W. 1
b. Unterschenkel	13,	„ 12	„ 1
c. Fuss	6,	„ 6	„ —
	25,	„ 23	„ 2

B. Entzündliche Processe: S. 313

431 Fälle, Männer 272 — Weiber 159.

1. Ekzem	42,	M. 25	W. 17
2. Erysipelas	13,	„ 7	„ 6
3. Herpes	1,	„ —	„ 1
4. Peliosis rhematica	1,	„ —	„ 1
5. Eingewachsener Nagel	19,	„ 12	„ 7
6. Unterschenkelgeschwüre	156,	„ 96	„ 60
7. Elephanthiasis nach Geschwüren	7,	„ 4	„ 3
8. Mal perforant du pied	1,	„ 1	„ —
9. Carbunkel	3,	„ 1	„ 2
10. Abscesse	18,	„ 12	„ 6
11. Phlegmone	7,	„ 5	„ 2
12. Septische Phlegmone	2,	„ —	„ 2
13. Phlebitis spontana	1,	„ —	„ 1
14. Bursitis praepatellaris	12,	„ 11	„ 1
15. Bubo inguinalis	17,	„ 14	„ 3
16. Periostitis gummosa	3,	„ 1	„ 2
17. Osteomyelitis centralis des untern Endes des femur	2,	„ 2	„ —
18. Gelenkentzündungen:			
a. Hüfte	26,	M. 16.	W. 10
b. Knie	50,	„ 30	„ 20
c. Einfacher Hydrops des Kniegelenkes	8,	„ 7	„ 1
d. Fussgelenk	15,	„ 6	„ 9
	99,	„ 59	„ 40
19. Caries und Necrose der untern Extremität:			
a. Oberschenkel	8,	M. 8	W. —
b. Unterschenkel	7,	„ 5	„ 2
c. Fuss und Zehen	12,	„ 9	„ 3
	27,	„ 22	„ 5

C. Missbildungen: 49, M. 25 W. 23 S. 359

1. Genua valga	27,	M. 14	W. 13
2. Pes varo-equinus	14,	„ 8	„ 6
3. Pes calcaneus	1,	„ —	„ 1
4. Pes planus	7,	„ 3	„ 4

D. Lähmungen:		S. 360
Essentielle Lähmungen . . .	9, M. 4 W. 5	
E. Neubildungen: 6, M. 3 W. 3		S. 360
1. Enchondrom unter dem Nagel der grossen Zehe	3, „ 1 „ 2	
2. Neurom	1, „ 1 „ —	
3. Epitheliom (1 nach ulcus) . . .	2, „ 1 „ 1	

Uebersicht

der im Jahre 1875 ausgeführten auf die Anzahl von 1077 sich belaufenden Operationen.

Die Operationen sind nach der Körpergegend in der Reihenfolge, in welcher sie im Texte folgen, aufgezählt.

Dies Register kann für den speciellen Theil gleichzeitig als Sachregister benutzt werden, indem von jedem grössern Abschnitte die Seitenzahl bemerkt ist.

Operationen am Kopfe 19. S. 73—85

Excision einer hinter dem Processus mastoideus sitzenden Kugel	1
Abschabung einer Caries necrotica des Stirnbeins	1
Abschabung des Seitenwandbeines	2
Abschabung von Lupus	1
Exstirpation eines Atheroms	7
„ „ Cystoides vom Schädeldache	1
„ „ Epithelioms	1
Abbindung einer Teleangiectasie	4
Excision „ „	1
	19

Operationen am Gehörorgane 21. S. 85—89

Entfernung von Fremdkörpern aus dem äussern Gehörgange	5
Auslöfflung des Processus mastoideus	3
Galvanokaustische Entfernung eines festen Ohrpolypen	1
„ Combustio eines weichen Ohrpolypen	2
Auslöfflung von Ohrpolypen	7
Excision eines Epithelioms der Ohrmuschel mit nachfolgender Otoplastik	1
Otoplastik bei angeborener Missbildung der Ohrmuschel	1
„ bei entstandener „ „ „	1
	21

Operationen im Gesichte 138. S. 89—129

Operation einer traumatischen Hasenscharte	3
Fracturirung u. Geraderichtung eines schiefverheilten Nasenbeinbruches	1
Ausschabung einer traumatischen Knochenfistel auf dem Nasenrücken	1
Einrenkung einer Luxation des Unterkiefers	2
Ausschabung von Lupus	20
„ „ Nasengumma	1
„ „ Hauttuberculosis	3
Excision einer infiltrirten Zahnfistel	1
Ausmeisslung einer necrotischen Zahnwurzel	1
Extraction von necrotischen Knochensplittern (4 aus der Nase, 4 vom Oberkiefer und 5 vom Unterkiefer)	13
Transplantation zum Zwecke der Ausfüllung einer eingefallenen Stirnbeinhöhle	1
Stomatopoesis	2
Excision einer grossen Brandnarbe aus der Wange	1
Operation gegen Ectropium und Verkürzung der Oberlippe	1
Nasenbildungen	2
Excision eines Cavernoms von Nase und Wange mit nachfolgender Transplantation von der Stirne	1
Excision eines Cavernoms aus der Wange	1
Abbindung einer Teleangiectasie	27
Excision einer Teleangiectasie, gestorben an Magen-Darmcatarrh	1
Extirpation eines Atheroms	13
Auslöfflung einer Warze	2
Exstirpation einer Epulis mit nachfolgender Combustio	3
„ eines Carcinoms im Gesichte (5 von der Nase mit nachfolgender Transplantation [ein Todesfall durch Marasmus], 1 von der Wange und 7 aus der Lippe, 2 Mal wurde gleichzeitig der Unterkiefer resecirt; [1 Todesfall durch Pneumonie]	13
Exstirpation eines Sarcoms aus der Parotis, (Tod durch Pyaemie)	1
Resection des Oberkiefers wegen Sarcom	4
Exstirpation eines recidivirenden Oberkiefersarcoms mit Transplantation	2
Resection des Unterkiefers wegen Sarcom	2
Exstirpation eines Fibroms im Nasenrachenraume	1
Trendelenburg'sche Tracheotomie	2
Tracheotomie wegen Sarcoms des Oberkiefers	1
Hasenscharten-Operation	12
	138

Augenoperationen 136. S. 129—140

Staaroperation, Linearschnitt	15
Discision	4

Iridectomie	17
Schieloperation (Strabismus convergens)	25
Symblepharon	2
Enucleation	7
Staphylomabtragung	2
Punction der vordern Kammer	2
Auslöfflung eines Trachoma verum	11
Abtragung einer polypös entarteten Carunkel	1
Erweiterung des Thränennasencanals	14
„ der Lidspalte	11
Epicanthus-Operation	2
Modificirte Snellen'sche Operation gegen Entropium	8
Transplantation wegen Ectropium	3
Exstirpation eines Atheroms	4
„ eines Chalazion	4
„ eines vom Thränensacke ausgehenden Sarcoms	1
Vergrösserung eines zu engen Conjunctivalsackes nach Enucleation	1
Zusammennähung der Lider und Transplantation nach Reverdin	2
	136

Operationen in der Nasenhöhle 17. S. 140

Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase	5
„ eines Nasenpolypen mit der galvanocaustischen Schlinge	6
„ „ „ „ „ Polypenzange	2
Ausschabung der Nase	3
„ eines Epithelioms der Nasenscheidewand	1
	17

Operationen im Pharynx 51. S. 141—142

Galvanocaustische Combustio der Pharyngitis granulosa	30
Abtragung der Tonsille mittelst Messer und Haken	21
	51

Operationen im Munde 8. S. 142—146

Excision einer Ranula	2
Abtragung eines Zungenkrebses mittelst Ecraseur	2
„ der ganzen Zunge nach Billroth	1
Auslöfflung eines Recidives von Zungenkrebs auf dem Boden der Mundhöhle	2
Exstirpation eines Recidives von Zungenkrebs am Zungen- und Mundhöhlengrunde u. Resection des Mittelstückes des Unterkiefers	1
	8

Operationen an Hals und Nacken 136.

S. 146—162

Abschabung von Hauttuberculosis	8
Exstirpation von tuberculösen Drüsen	4
„ von Lymphomen	9
Auslöfflung eines Carbunkels	2
Exstirpation eines Atheroms	3
Abbindung einer Teleangiestasie	3
Exstirpation eines Lipoms	1
„ einer multiloculaeren Cyste vom Zungenbeine	1
„ eines Sarcoms mit Excision eines grossen Stückes der Arteria carotis communis, der Vena jugularis int. und des Vagus, gest. an hypostatischer Pneumonie	1
Exstirpation von secundär carcinösen Submaxillar-Drüsen	7
„ von Drüsennarben	2
Subcutane Durchschneidung des Sternocleidomastoideus	2
Tracheotomie (gestorben 55)	88
a) Trendelenburg'sche 2	
b) wegen Verbrennung des Larynx 1	
c) wegen Oedema glottidis 1	
d) wegen Carcinom des Kehlkopfes u. der Gefässscheide des Halses beiderseits 1	
f) wegen Croup resp. Diphtheritis 83	
Extraction einer Nadel aus dem Kehlkopfe	1
Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopfe	4
	136

Brust und Rücken 38. S. 162—186

Exstirpation einer Brandnarbe aus der Achselhöhle mit nachfolgender Transplantation	1
Auslöfflung von Carbunkel	5
„ „ tuberculösen Hautgeschwüren	2
„ des Sternoclavicular-Gelenkes	1
Abschabung einer cariösen Rippe	1
Resection der Spina scapulae und des Acromion	2
Thoracocenthesis durch Schnitt, (1 Mal Tod durch Miliartuberculose)	2
Exstirpation eines Lipoms	1
Abbindung von Teleangiectasien	5
Exstirpation eines Sarcoms aus der Achselhöhle	2
„ eines Sarcoms vom Rücken	2
„ eines Brustsarcoms	2
Amputation der Brust wegen Krebs	8
Herunterstossung von Fremdkörpern in oesophago	3
Exstirpation eines Cystenhygroms vom os sacrum	1
	38

Bauch 17. S. 186—203

Abtragung eines Molluscnlum pendulum	1
Exstirpation eines Sarcoms der Bauchwand, gestorben in Folge von Erysipel	1
Entfernung einer Kugel aus dem Rücken	1
Radicaloperation einer linksseitigen colossalen Leistenhernie	1
Operation eines irreponiblen Netzbruches	1
Operation eines incarcerirten Bruches, (1 starb in Folge von Gangraen des Bruchsackinhaltes)	12
	17

Becken 2. S. 203—206

Necrotomie des Beckens	1
Entfernung eines zweikopfgrossen Lipoms von den Nates	1
	2

After 16. S. 206—211

Operation der Mastdarmfistel	4
Abtragung eines Haemorrhoidalknotens (2 Excisionen, 1 Abbindung)	3
Application von Glüheisenstreifen bei Mastdarmvorfall	3
Exstirpation eines Sarcoms neben dem After	1
„ eines Mastdarmkrebses	1
Auslöffiung eines Mastdarmkrebses, (2 gestorben, 1 an Pyaemie und 1 in Folge von Marasmus)	3
Perinaeoplastik bei einer Recto-Vaginalfistel, (Tod durch speckige Entartung der Leber)	1
	16

Männliche Harn- und Geschlechtstheile 84.

S. 211—221

Aeusserer Harnröhrenschnitt (gest. 3 an Pyaemie)	7
Innerer Harnröhrenschnitt	4
Castration wegen Hodensarcom, (1 Tod durch Pyaemie, 10 Monate nach der Operation)	2
Circumcision bei Phimosis	34
„ bei Paraphimosis	3
Einfache Punction eines Wasserbruches des Hodens	18
„ „ „ „ „ mit nachfolgender Injection	10
Fadendurchziehung bei Hydrocele des Hodens	4
Amputation des Penis wegen Epithelial-Krebs	2
	84

Weibliche Harn- und Geschlechtstheile 83.

S. 221—252

Abtragung einer Caruncula der Harnröhre	3

Abtragung eines Epithelialkrebses an der äussern Harnröhrenmündung (gest. an Hydronephrose)	1
Galvanokaustische Abtragung von sehr grossen Condylomen am Scheideneingange	1
Excision eines specifischen harten Geschwüres an der hintern Comissur und Ueberpflanzung eines hintern Scheidenlappens	1
Excision eines specifischen Geschwüres und Anfrischung, wie bei einer Perinaeoplastik nach Simon	1
Perinaeoplastik bei incompletem Dammrisse	2
„ bei completem altem Dammrisse	3
„ bei „ frischem Dammrisse	3
Operation einer Vesicovaginalfistel; (1 starb an diffuser Peritonitis)	5
Bilaterale blutige Erweiterung des Cervicalcanals	5
Operation gegen Muttervorfall	4
Vordere Kolporhaphie	6
Hintere „	4
Kegelmantelförmige Excision, (3 starben, 2 an Pyaemie und 1 an migrirender Pneumonie)	12
Trichterförmige Excision	8
Ausschabung des Uterus wegen Uterusblutungen, resp. Endometritis	6
Entfernung eines Schleimpolypen	4
„ „ fibrösen Polypen	2
Auslöfflung der Bartholinischen Drüsen	4
„ eines Carcinoms der Gebärmutter	4
Laparotomie wegen peritonealer Uterusfibroide, (gest. durch diffuser Peritonitis)	1
Ovariotomie, (1 gest. durch diffuse Peritonitis, 1 durch Adynamie)	3
	83

Obere Extremitäten 121. S. 252—291

Einrenkungen des Oberarmkopfes	22
„ des Ellenbogens	5
„ des Daumens	3
Fracturirung schief geheilter Vorderarmbrüche	3
Extraction eines Fremdkörpers (3 Nadeln, 1 Haarnadel und ein $2^1/_2$ Zoll langer Glassplitter)	5
Extraction von Knochensplittern nach complicirter Verletzung der Hand	6
Amputation des Vorderarmes wegen Brand	1
Nach-Amputation des Oberarmes wegen complicirter Verletzung des Ellenbogens	1
Amputation des Oberarmes wegen Schusswunde der Hand	1
Exarticulation des Oberarmes bei bestehender Pyaemie, (gest.)	1
Entfernung einer Phalanx nach Panaritium	9
Auslöfflung bei Phlegmone	1
„ bei Achseldrüsenbubo	10

Auslöfflung bei Lupus	6
„ bei sogenannter Spina ventosa	7
Resection einer Phalanx bei Spina ventosa	4
„ des Metacarpo-phalangeal-Gelenkes bei eitriger Gelenkentzündung	2
Auslöfflung bei Caries der Metacarpalknochen	4
Resection der Diaphyse eines Metacarpalknochens	2
Auslöfflung bei chron. Handgelenkentzündung	2
Amputation des Vorderarmes wegen Handgelenkentzündung	1
Auslöfflung bei Caries Ulnae	1
„ des Ellenbogengelenkes	3
Resection des Ellenbogengelenkes bei chronischer Entzündung desselben (1 starb in Folge von Adynamie)	5
Amputatio humeri	1
Resection des Schultergelenkes	4
Exstirpation von Brandnarben in der Handfläche mit nachfolgender Transplantation	2
Durchschneidung der Fascia palmaris bei Contractur derselben	1
Durchschneidung einer Brandnarbe in der Ellenbogenbeuge	1
Operation einer Syndactylie	3
Excision eines Fibroides am Finger	2
Excision eines cavernösen Lipoms am Finger	1
Excision eines Sarcoms des Oberarmes	2
	121

Untere Extremitäten 190. S. 291—360

Resection eines $1^1/_2$ Zoll langen Stückes des Femurschaftes bei Pseudarthrosis	1
Friction bei Pseudarthrosis des Oberschenkels	3
„ „ „ des Unterschenkels	2
Entfernung eines Fremdkörpers (Nadel) aus der Fusssohle	3
Excision einer Sehnenscheidenfistel mit nachfolgender Transplantation	1
Necrotomie des necrotischen Metatarsus I in Folge von Schussverletzung	1
Amputation des Unterschenkels wegen Erfrierung (Doppelamputation)	2
Exarticulation des Oberschenkels wegen complicirter Verletzung (3 starben an Shok	3
Amputation des Oberschenkels wegen complicirter Verletzung (2 starben am Shok)	2
Secundäre Amputation wegen bestehender Pyaemie (2 starb. an Pyaem.)	2
Resection des Fussgelenkes bei bestehender Pyaemie (1 starb an P.)	1
Entfernung von necrotischen Splittern nach einer complicirten Unterschenkelfractur	2
Resection des vorstehenden oberen Fragment-Endes der Tibia	1
Entfernung von necrotischen Splittern bei complicirter Fussverletzung	3
Exstirpation eines unguis incarnatus	19

Reverdin'sche Transplantationen	8
Ueberpflanzung eines Haut-Lappens von der Brust auf ein Unterschenkelgeschwür	2
Transplantation eines Hautlappens aus der Nachbarschaft auf ein Fersengeschwür	1
Amputation des Unterschenkels wegen eines Fersengeschwüres	1
Amputation des Oberschenkels wegen Elephantiasis, (gest. wegen amyloider Entartung der Unterleibsorgane)	1
Amputation des Unterschenkels wegen Epithelialkrebs in ulcere	1
Resection des I. Metatarsus wegen Mal perforant du pied	1
Amputatio sub talo „ „ „ „ „	1
Auslöfflung eines Carbunkels	3
„ von Abscessen	8
Ausschabung von Periostitis gummosa	2
„ von Phlegmone	3
„ von Inguinalbubo	12
„ des Trochanter major	1
Resection des Hüftgelenkes, (5 gest. 1 Anaemie, 1 Pyaemie, 1 Fettleber, 1 an Adynamie, 1 ohne nachweisbare Ursache)	10
Nachresection des Hüftgelenkes	2
Amputation des Oberschenkels wegen Kniegelenkentzündung (1 starb an Adynamie)	5
Resection des Kniegelenkes (starb an Pyaemie) wegen Kniegelenkentzündung	1
Drainagirung des Kniegelenkes	1
Resection des Fussgelenkes bei Entzündung desselben	5
Amputation nach Syme nach vorausgeschickter Resection	1
„ des Unterschenkels nach vorausgeschickter Resection	1
Ausgedehnte Resection aller Fusswurzelknochen und der Basen der metatarsi	2
Einmal die nämliche Resection mit Ausnahme des Talus und Calcaneus	1
Operation einer frischen Necrosis am unteren Femurende	1
Abschabung des frisch periostitisch afficirten unteren Femurendes	1
Auslöfflung des Amputationsstumpfes des Femur	3
„ von centraler Ostitis femoris	5
Gewaltsame Streckung des Kniegelenkes	10
Amputation des Oberschenkels wegen Caries femoris	1
Entfernung von necrotischen Splittern bei Caries necrotica der Tibia	1
Resection des unteren Endes der Fibula mit Eröffnung des Fussgelenkes	1
Resection des Köpfchens der Fibula bei Caries necrotica	1
Nachamputation des Unterschenkels	1
Resection aller Metatarsalknochen mit Ausnahme des 5.	1
Chopart wegen Caries	1
Syme wegen Caries	1
Resection der Spina scapulae	1
„ des I. Matatarsus wegen Caries necrotica	1
„ „ „ „ und des cuneiforme I. wegen Caries necrotica	1

Amputatio sub talo wegen Caries aller Fusswurzelknochen mit Ausnahme des Talus	1
Resection des I. Phalangealgelenkes der grossen Zehe	1
Auslöfflung des Fersenbeines mit hinterer Lappenbildung wegen centraler Caries	2
Totale Resection des Fersenbeines bei Caries	1
Resection des 2. und 3. Keilbeines, des 2. Metatarsusknochens	1
„ des 1. Keilbeines, des 3. Metatarsus	1
Auslöfflung von Fusswurzelknochen	2
„ der I. Phalanx der grossen Zehe	1
Tenotomie bei pes varo-equinus	14
„ bei pes varo-equinus in Folge von essentieller Lähmung	9
„ des Tibialis anticus bei pes calcaneus	1
Exstirpation eines Enchondroms sub ungue hallucis	3
„ eines Neuroms oberhalb der Kniescheibe	1
Abtragung eines fünf Zoll langen, zwei Zoll dicken Hornes, auf welchem sich secundär Epithelialkrebs entwickelt hatte	1
	190

Es wurden im Ganzen 34 Amputationen resp. Exarticulationen gemacht, und zwar:

	Shok	Op. bei best. P.	Uraemie	Adynamie	Heilung	Pneumonie
3 Exarticulationes femoris post Trauma	3					
2 Amputationes post Trauma	2					
6 „ wegen Caries				1	5	
2 „ Elephantiasis und Ulcus carcinom.			1	1		
3 „ bei bestehender Pyaemie		3				
7 „ cruris. 2 nach Erfrierung, 1 wegen Ulcus, 2 Nachamputationen, 2 nach vorangegangener Resection des Fussgelenkes					7	
2 Syme nach Caries					2	
2 Amputationes sub talo					2	
1 Chopart					1	
3 Amputationen des Oberarmes, 2 intermediaer, 1 wegen Caries					3	
1 Exarticulation post Trauma bei bestehender Pyaemie		1				
2 Amputationen des Vorderarmes, 1 primaere, 1 wegen Caries					2	
34	5	4	1	2	22	

Mithin starb Keiner an Pyaemie, Keiner in Folge der Operation, es sei denn, dass vorher Pyaemie bestand.

60 Resectionen.

		Op. b. best. Pyaemie	Uraemie	Adynamie	Pneumonie	Aus unbek. Ursache	Anaemie	Pyaemie	Heilung
4	Resectionen des Oberkiefers								4
4	„ des Unterkiefers				1				3
1	„ der Rippen								1
2	„ der spinae scapulae und des acromion								2
4	„ der Phalangen								4
2	„ der Metacarpalknochen								2
2	„ des Metacarpo-Phalangealgelenkes								2
4	„ des Ellenbogengelenkes			1					3
4	„ des Schultergelenkes								4
1	„ eines Fracturfragmentes des Femur								1
1	„ „ „ der Tibia								1
10	Hüftgelenkresectionen in 9 Individuen			1		1	1	2	5
10	Resectionen des Fussgelenkes, 2 totale nebst Resection aller Fusswurzelknochen, 5 totale, 1 partielle, 2 traumatische	1	1						8
1	Resection des obern Endes der Fibula								1
4	„ der Phalangen des Fusses								4
6	„ verschiedener Fusswurzelknochen								6
60		1	1	2	1	1	1	2	51

Es starben von 60 Resectionen 8, nur 2 starben nach der Operation an Pyaemie, bei 1 bestand die Pyaemie vor der Operation.

Liste der Verstorbenen,

162 an der Zahl,

mit Hinweis auf die betreffende Seite.

I. In Folge von Erysipelas starben:

1. Frl. Prebeck, 23 Jahre alt, Durchbruch des Weisheitszahnes Erysipelas, Tod. v. S. 43
2. Hack, Rosa, 65 Jahre alt, operirt an multiplen Sarcomen der Bauchwand, Erysipelas, Lungenödem, Tod. v. S. 43
3. Schenk, Amalia, 64 Jahre alt, aufgenommen mit einer schmutzigen Wunde am obern Augenlide, Lungenödem, Tod. v. S. 43
4. Adolf, Catharina, 50 Jahre alt, inoperables Uteruscarcinom, Erysipelas, Tod. v. S. 44

II. Septische Phlegmone.

1. Rehfeld, Elise, 41 Jahre alt, aufgenommen mit septischer Phlegmone in Folge einer acuten Praepatellar-Bursitis. v. S. 47
2. Brabender, Maria, 61 Jahre alt, aufgenommen mit septisch. Phlegmone in Folge eines vernachlässigten Ulcus cruris. v. S. 48
3. Montanelli, 52 Jahre alt, aufgenommen mit einer septischen Phlegmone in Folge einer Verwundung der bursa olecrani. v. S. 49

III. Trismus und Tetanus.

1. Etzweiler, Cath., 8 Tage alt, aufgenommen mit Trismus neonatorum. v. S. 49
2. Wirtz, 18 Jahre alt, Fractura antibrachii. v. S. 49
3. Rinchel, Matth., 25 Jahre alt, Schusswunde der l. Hand. v. S. 49

IV. Septicaemie.

(3 sind bei septischer Phlegmone erwähnt.)

1. Schumacher, Peter, 70 Jahre alt, ausserordentlich ausgedehnte Zerreissung der Weichtheile des ganzen Beines. v. S. 50
2. Wolf, Adolf, 65 Jahre alt, aufgenommen mit Infection nach traumatischer Knochenentzündung der Fusswurzelknochen v. S. 51

3. Breuer, Joh., 54 Jahre alt, erkrankte an Carbunkel und starb in Folge von Septicaemie. v. S. 51
4. Kind, X, Cöln, Mastitis phlegmonodes. v. S. 51

V. Pyaemie.

1) Uebernommen aus dem Jahre 1874.

1. Schröder, Jos., 32 Jahre alt. Necrotomie bei einer frischen Necrosis. v. S. 52
2. Augustin, Jul., 42 Jahre alt, aufgenommen mit fractura tibiae comminutiva complic. v. S. 52
3. Ulrich, 5 Jahre alt, Amputation wegen complicirter Verletzung des Unterschenkels. v. S. 53

2) aufgenommen mit Pyaemie.

1. Kredelbach, Cath., aufg. mit Pyaemie post Metrorrhagie. v. S. 53
2. B., Friedrich, 52 Jahre alt, periurethraler Abscess. v. S. 54
3. Paffrath, Franziska post Puerperium. v. S. 55
4. Quester, Gudula, „ „ „ „
5. Hecker, Barbara, post pneumoniam. „ „
6. Bomm, Joseph. „ „

3) nicht antiseptisch Behandelte.

1. Gertrud Knoch, 34 Jahre alt, trichterförmige Excision. v. S. 55
2. M., Peter, 64 Jahre alt, Urethrotomia int. „ „
3. Bauer, Franz, 34 Jahre alt. v. S. 56
4. Auer, Gertrud, post. Puerperium. „ „
5. Schmitz, Frau, Parametritis. „ „
6. Baer, Franz, Zerreissung der Urethra. „ „
7. Hermanns, Peter, „ „ „ „ „
8. Kunz, Frau, kegelmantelförmige Excision. „ „
9. Roscotten Mastdarmcarcinom, Auslöfflung. „ „

4) Nach Lister Behandelte.

1. Braun, Joseph, 54 Jahre alt, aufg. mit Fascienvereiterung. v. S. 56
2. Möllmann, Joseph, 15 Jahre alt, Resectio coxae. v. S. 57
3. Paffrath, Wilh., 17 Jahre alt, mehrfach complicirte Fractur. v. S. 58
4. Schmitz, Joh., 33 Jahre alt, compl. Luxation des Humerus. v. S. 59
5. Scheibel, Heinrich, Castration wegen Sarcom. „ „
6. Hamacher, Peter, complicirte Ellenbogengelenk-Verletzung. v. S. 60
7. Runkel, Peter, Sarcoma Parotidis. v. S. 61
8. Lückerath, Exstirpation von Lymphomen. „ „
9. Lützenkirchen, Hermann, complicirte Unterschenkelfractur. „ „

5) Nach Thiersch Behandelte.

1. Lüttgen, Anna, Kniegelenk-Resection. v. S. 62
2. Terr, Peter, compicirte Unterschenkelverletzung etc. „ „
3. Lamberti, Joseph, Kopfwunde. „ „

6) Mit Benzoë-Watte Behandelte.

1. Heller, Jacob, Resectio coxae. v. S. 67

VI. Dilirium tremens.

1. Holderbach, Peter, 43 Jahre alt, Ellenbogengelenkeröffnung v. S. 70
2. Schramm, Anton, complicirte Unterschenkelfractur v. S. 70

Specieller Theil.

Kopf.

1. Füllbier, N., 52 Jahre alt, Schuss in die Schädelhöhle v. S. 73
2. Nippel, Carl, Schädelfractur und Fractur des Oberkiefers, complicirte Fractur beider Unterschenkel v. S. 77
3. Richards, Bernard, 68 Jahre alt, Fractura Basis cranii, complicirte Fractur beider Unterschenkel v. S. 77
4. Lamberti, v. P., nach Thiersch behandelt, Fall Nro. 3.

Gehörorgan.

5. Privatpatient, gestorben an acuter Meningitis. v. S. 87
6. Rudkowsky, Ant., gestorben an acuter Meningitis. v. S. 87

Gesicht.

7. Sieber, Heinrich, totale Zerschmetterung des Gesichtes, Bruch des Schildknorpels und Zerreissung der Trachea. v. S. 90
8. Schenk, Amalie, v. Erysipelas Nro. 3.
9. Christmann, Lydia, 1 Jahr alt, Excisio einer Teleangiestasie, Tod durch Magendarmcatarrh. v. S. 107
10. Fuchs, Gertrud. Excisio eines Carcinoma nar., Tod durch Marasmus senilis. v. S. 108
11. Schnorrenberg, Joh., Resectio mandibulae inf., Tod durch hypost. Pneunomie. v. S. 115
12. Runkel, Peter, Exstirpatio eines Sarcoma Parotidis, Tod durch Pyaemie. v. S. 117
13. Sago, gestorben an Recidiv von Oberkieferkrebs. v. S. 117
14. Kind, Operatio labii fissi, Tod durch Diarrhöa, Atrophia
15. „ „ „ „ „ „ „ „ v. S. 127
16. „ „ „ „ „ „ Convulsionen

Mund.

17. Herr X, Privatpatient, Amygdalitis, Tod durch Septicaemie. v. S. 141

Hals.

18. N., Carl, Sarcom der Halsdrüsen, der Gefässscheide des Halses, Tod an hypostatischer Pneumonie. v. S. 152

19—74. 55 Tracheotomirte. v. S. 156
75. A., Peter, gestorben an Carcinoma des Larynx. v. S. 157
76. Hüllrath, Joh., Verbrennung des Larynx und der Trachea, gestorben an Oedema pulmonum. „ „

Wirbelsäule.

77. Ein Kind starb an eitriger Caries der Brustwirbel v. S. 162

Brust und Rücken.

78. Kind X. neugebornes Kind, Mastitis phlegmonodes v. Septicaemie. Fall 5.
79. Koellen, Heinrich, 21 Jahr alt, Verletzung der Subclavia und Lunge, gestorben an Verblutung. v. S. 168
80. Parmentier, Georg, Fractur der Rippen, Ruptur der Milz v. S. 172
81. Soulberg, Anna, „ „ „ „ des Pericardium. v. S. 172
82. Fuchs, Joh., Thoracocentesis, Miliartuberculosis. v. S. 175
83. Schwilgin, Frau, Empyem. Tuberculosis, Haemoptoë. v. S. 175

Bauch.

84. Etzweiler, Trismus neonatorum, v. Trismus Fall 1.
85. Piel, Heinrich, 60 Jahre alt, Contusion des Unterleibes, Perforatio vesicæ, diffuse Peritonitis. v. S. 186
86. Oskar, Bernard, Stich in den Rücken, Verletzung des Peritoneum, diffuse Peritonitis. v. S. 186
87. Hack, Rosa, v. Erysipelas Nro. 2. v. S. 190
88. Lechenich, Christine, Sarcom der Ileocoecalgegend, Tod durch Marasmus. v. S. 190
89. Adolf, Gertrud, Hernia incarcerata, Gangrän des Bruchsackinhaltes. v. S. 201

After.

90. Stammel, Fr., Strictura recti u. fistula recto-vaginalis, Perinaeoplastik. Tod durch speckige Entartung der Unterleibsorgane. v. S. 207
91. Roscotten, Hermann, 77 Jahre alt, Carcinoma recti, Auslöffiung, v. Pyaemie nicht antiseptisch behandelt. Nro. 9. v. S. 211
92. Grün, Frau, 33 Jahre alt, Carcinoma recti, Auslöffiung, Tod durch Recidiv und Marasmus. v. S. 211

Männliche Harn- und Geschlechtstheile.

93. Bauer, Franz, 34 Jahre alt, Zerreissung der Urethra, Boutonnière, v. Pyaemie nicht antiseptisch behandelt. Fall 3. v. S. 212

94. Hermanns, Peter, 52 Jahre alt, Zerreissung der Urethra, Boutonnière v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt. v. S. 212
95. Baer, Franz, Zerreissung der Urethra v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt. Fall 6.
96. Friedrich, B., aufg. mit Pyaemie in Folge von eitriger Entzündung der Urethra. v. S. 216
97. Sobel, Jos., aufg. mit Prostatahypertrophie und Catarrhus vesicae. Tod durch Marasmus. v. S. 217
98. M., Peter, Urethrotomia externa, v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt. Fall 2. v. S. 217
99. Scheibel, Sarcoma testis, Castratio, v. Pyaemie, nach Lister behandelt. Fall 5.

Weibliche Harn- und Geschlechtstheile.

100. Adolf, Catharina, Carcinoma uteri, v. Erycipelas Nro. 4.
101. Grüne, Frau, Exstirpatio eines Epithelialcarcinom der urethra. Tod durch Hydronephrosis. v. S. 222
102. G . ., Frau, Operatio fistulae verisovaginalis, diffuse Peritonitis. v. S. 230
103. Quester, Gudula, Frau, Metrorrhagie, v. Pyaemie. Aufgenommen mit Pyaemie. Fall 4.
104. Kredelbach, Frau, Metrorrhagie, v. Pyaemie. Aufgenommen mit Pyaemie. Fall 1.
105. Hecker, Frau, Pyaemie post Pneumoniam, v. Pyaemie. Aufgenommen mit Pyaemie. Fall 5.
106. Knoch, Gertrud, Kegelmantelförmige Excision. Tod durch Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt, Fall 1.
107. Kunz, Frau, Kegelmantelförmige Excision, v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt, Fall 8.
108. X, Frau, kegelmantelförmige Excision, Pneumonia migrans.
109. Schmitz, Frau, Parametritis, v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt. Fall 5.
110. Auer, Gertrud, Frau, Parametritis, v. Pyaemie, nicht antiseptisch behandelt. Fall 4.
111. Gladbach, Frl., Laparotomie wegen Myoma uteri. Tod durch diffuse Peritonitis. v. S. 250
112. Paeffgen, Frau, Ovariotomie. Tod durch Adynamie. v. S. 246
113. Lauffenberg, Frau, Ovariotomie. Tod durch diffuse Peritonitis. v. S. 248

Obere Extremität.

114. Montanelli, v. Septische Phlegmone Fall 3.
115. Wirtz, Fractura antibrachii, v. Trismus Fall 2.
116. Schmitz, Joh., v. Pyaemie, nach Lister behandelt, Fall 4.
117. Breuer, Joh., Carbunkel, v. Septicaemie, Fall 3.
118. Hamacher, Pet., v. Pyaemie, nach Lister behandelt. Fall 6.

119. Holderbach, Pet., v. Delirium tremens, Fall 1.
120. Kessler, Emilie, fractura humeri, Pneumonie croup. v. S. 254
121. Rinchel, Matthias, v. Trismus, Fall 3.
122. Herr X., Privatpatient. Resection des Ellenbogengelenks. Tod durch Adynamie. v. S. 281
123. Kind Hurstege, Ellenbogengelenk-Auslöfflung, Degeneration der Nieren. „ „

Untere Extremitäten.

125. Braun, Jos., v. Pyaemie, nach Lister behandelt. Fall 1
126. Möllmann, Jos., v. Pyaemie, nach Lister behandelt. Fall 2.
127. Richard, Bernard, ist schon beim Gesichte erwähnt.
128. Dunker, Wilh., gewaltige Zerschmetterung des ganzen Beines, Exarticulation. Tod durch Shok. v. S. 305
129. Ohlig, rechter Oberschenkel abgerissen. Exarticulatio. Tod durch Shok. v. S. 304
130. Nippel, mehrfache Verletzung. Tod durch Shok. „ „
131. Wingen, „ „ Exarticulation. Tod d. Shok. „ „
132. Wieland, Zerschmetterung des Unterschenkels, Oberschenkel-Amputation. Tod durch Shok. v. S. 306
133. Paffrath, Amputation in Individuo pyaemico, v. Pyaemie, nach Lister behandelt, Fall 3.
134. Terr, Amputatio in Individuo pyaemico, v. Pyaemie, nach Thiersch behandelt, Fall 2.
135. Lützenkirchen. Amputatio in Individuo pyaemico, v. Pyaemie nach Lister behandelt, Fall 9.
136. Ulrich, complicirte Oberschenkelverletzung, v. P. übernommen aus dem Jahre 1874, Fall 3.
137. Rehfeld, Frau, v. Septische Phlegmone Nr. 1.
138. Brabender, Frau, v. „ „ Nr. 2.
139. Denzer, Frau, Fractura femoris. Tod durch Phthisis pulmonum. v. S. 294
140. Marken, Stephan, Fractura tibiae, Phimosis-Operation. v. S. 297
141. Wolf, Adolf, v. Septicaemie Fall 2.
142. Schröder, Jos., v. Pyaemie, übern. aus dem Jahre 74, Nr. 1.
143. Augustin, Julius, „ „ „ „ „ 74, Nr. 2.
144. Schumacher, Peter, v. Septicaemie Nr. 1.
145. Breel, Friedrich, Vereiterung des Kniegelenks in Folge von Verbrennung. v. S. 300
146. Falkenberg, Christina, Verbrennung dritten Grades am Knie, Collapsus. v. S. 301
147. Wallraf, Franz, ausgedehnte Verbrennung mit siedendem Zink. Gangraen. v. S. 301
148. Schramm, v. Delirium tremens Nr. 2.
149. Hecker, Christian, Elephantiasis, Amputation, amyloide Entartung der Unterleibsorgane. v. S. 319

150. Worringen, Küster, Elephantiasis, Ulcus carcinomatosum, Tod durch Adynamie. v. S. 320
151. Strung, Resectio coxae, Adynamie und Anaemie. v. S. 325
152. Moellmann, Resectio coxae, Adynamie, Fettentartung aller Unterleibsorgane. Pyaemie. v. S. 330
153. Heller, Jacob, Resectio coxae. Tod durch Pyaemie. Behandlung Benzoëverband Nro. 1. v. S. 331
154. Franzen, Resectio coxae. Adynamie. v. S. 331
155. Nizet, Resectio coxae. Tod plötzlich. Keine Todesursache zu finden. v. S. 332
156. Necodem, doppelseitige Hüftgelenkeiterung. Tod durch Adynamie. v. S. 335
157. Pier, Paul., $1^1/_4$ Jahr alt, Eitrige Coxitis, Incisio, Adynamie. v. S. 336
158. Herzog, Amputatio femoris wegen Kniegelenkentzündung. Tod durch Adynamie. v. S. 338
159. Resectio genu, v. Pyaemie, behandelt nach Thiersch. Fall 1.
160. Kremer, Resectio articulat. ped. Acute Nephritis. v. S. 342
161. Otto, Eva, Necrosis tibiae, mit hochgradigem Lungenödem aufgenommen. v. S. 355

Zusammenstellung

der

verschiedenen Verbandmethoden und der durch sie gewonnenen Resultate.

In der Einleitung zum Jahresberichte habe ich der antiseptischen Behandlungsmethode den Vorzug vor der nicht antiseptischen zuerkannt. Als ein besonders wichtiges und nicht wegzuleugnendes Moment für die Wirksamkeit der antiseptischen Verbandmethode wurde hervorgehoben, dass mit der Einführung derselben die bis dahin im hiesigen Hospitale gewonnenen schlechten Resultate sich mit einem Schlage in wirklich gute verwandelten.

Bis heran bin ich den Beweis für diese Behauptung noch schuldig geblieben, und will ich jetzt denselben durch Aufstellung der betreffenden Tabellen und Vergleichung derselben miteinander nachholen.

Ich schicke voraus, dass es möglich ist, dass der eine oder andere Fall in eine falsche Tabelle gerathen, dass auch einzelne Fälle gar nicht verrechnet sind, indess kann dies nur höchst selten geschehen sein, allenfalls bei ganz leichten Verletzungen oder Operationen, so dass der Werth der Tabellen an und für sich dadurch gar nicht geschädigt wird.

Als Entschuldigung für solche Fehler führe ich an, dass ich den Bericht aus dem grossartigen Materiale ganz allein zusammen gestellt habe. In den nächsten Jahren wird es nöthig sein, dass meine Assistenzärzte sich an der wirklich mühsamen und zeitraubenden Arbeit betheiligen. Ferner dient als Entschuldigung die Neuheit des behandelten Gegenstandes. In meinem nächsten Berichte hoffe ich durch die jetzt gewonnenen

Erfahrungen manche Fehlerquelle, welche ich bei der Anfertigung des jetzigen Berichtes kennen gelernt habe, zu vermeiden. An dritter Stelle möchte ich zur Entschuldigung der Mängel der vorliegenden Arbeit auf meine angestrengte Thätigkeit hinweisen, welche es mir nicht erlaubt, die ganze Arbeit aus einem Gusse zu entwerfen; ich war oft genöthigt, nach Wochen langer Unterbrechung dieselbe stundenweise wieder in Angriff zu nehmen.

Ich werde zuerst die Liste I der in den zwei letzten Monaten des Jahres 1874 Operirten resp. Verletzten, dann die Liste II der im Jahre 1875 Operirten, welche der örtlichen Lage des operirten Theiles halber nicht der antiseptischen Behandlung zugängig waren, anführen, und zuletzt, als Nro. IIIa, b u. c, die der antiseptisch Behandelten folgen lassen.

Liste der während der Monate November und December des Jahres 1874 Operirten resp. Schwer-Verletzten.

1. Stroph, Margaretha, Caries des Unterkiefers. Sequestrotomie. † Pyaemie. Gestorb.
2. Becker, Katharina, Papilloma digiti I. pedis melanodes. Exstirpation. † Sarcomatose. „
3. Fischer, Gustav, Caries des Handgelenkes, Necrotomie. Geheilt.
4. Strucker, Peter, Rachenpolyp. Osteoplastische Resection des rechten Nasenbeines. „
5. Spiegel, Bernard, complicirter Bruch des Unterschenkels mit Luxation, Necrotomia tibiae. „
6. Maus, Johann, Pseudarthrosis humeri. Eintreiben zweier Elfenbeinzäpfchen „
7. Lynen, Mina, Brustkrebs. Wegnahme. „
8. Kreutz, Joseph, Syndactylia digiti III und IV manus. Operatio plastica. „
9. Dickel, Friederice, Blasenscheidenfistel. Schliessung. „
10. Kievernagel, Katharina, rhachitische Verkrümmung des linken Unterschenkels. Osteotomie. „
11. Sternberg, Joseph, Necrose des rechten Oberschenkels. Necrotomie. „
12. Müller, August, Nasenkrebs. Plastische Operation. † Pyaemie. Gestorb.
13. Peters, Johann, Caries der Mittelhandknochen. Necrotomie. Geheilt.
14. Renquitt, Heinrich, Necrose des Unterkiefers. Sequestotomie. „
15. Hilgers, Johann, Necrose des Radius nach Zerreissung. Necrotomie. „
16. Britschke, Anton, Necrose des Radius in Folge eines complicirten Bruches. Necrotomie. „

17. Berz, Heinrich, Necrose der Tibia. Sequestrotomie. Geheilt.
18. Schmitz, Klara, veralteter totaler Dammriss. Dammnath. „
19. Grün, Frau, Mastdarmkrebs. Auslöffiung. † Recidiv. Gestorb.
20. Niessen, Frau, Sarcom des Oberschenkels (Recidiv). Exstirpation. † Allgemeine Sarcomatose. „
21. Peck, Andreas, Necrose des Oberschenkels in Folge eines complicirten Bruches. Necrotomie. Geheilt.
22. Keppler, Michael Hubert, Pseudarthrosis der Basalphalanx der grossen Zehe. Resection. „
23. Heselmann, Hermann, Cancroid der Unterlippe. Plastik. „
24. Schondey, Friedrich Wilhelm, Caries der grossen Zehe. Resection. „
25. Osterwind, Gertrud, Blasenscheidenfistel. Schliessung. „
26. Remmel, Wilhelm, Necrose des 5. Fingers. Sequestrotomie. „
27. Bertram, Katharina, Caries des 1. Metatarso-Phalangeal-Gelenkes. Resection. „
28. Kirstein, Gertrud, eingeklemmter Schenkelbruch. Herniotomie. „
29. Charlier, Adam, Necrose des Oberschenkels. Necrotomie. „
30. Meyer, Johanna, Necrose des Beckens. Necrotomie. „
31. Hochkeppel, Gudula, Caries des Talus. Exstirpation des Talus. † Pyaemie. Gestorb.
32. Zaudig, Frau, Lipom am Unterschenkel. Exstirpation. Geheilt.
33. Kolb, Louis, Schussverletzung des linken Mittelfingers. (Knochenzersplitterung, Gelenk eröffnet.) † Pyaemie. Gestorb.
34. Freese, Sibilla, rhachitische Verkrümmung des Unterschenkels. Osteotomie. Geheilt.
35. Kütter Frau Gertrud, Geschwüre am Muttermunde. Abtragung desselben. „
36. Orth, Heinrich, Zerreissung des Zeigefingers. Sequestrotomie. „
37. Münch, Eberhard, Caries des 3. Fingers. Amputation. „
38. Schroeder, Joseph, Necrosis der Tibia. Necrotomie. † Pyaemie. Gestorb.
39. Augustin, Julius, complicirter Bruch des Unterschenkels. † Pyaemie. „
40. Ulrich, Anton, Zerreissung des Unterschenkels. Amputation. † Pyaemie. „
41. Schondey, Friedrich, Necrosis der grossen Zehe. Exarticulatio. Geheilt.
42. Heyden, Peter, complicirte Fractur des Unterschenkels, Brand, secundaere Amputation. † Sepsis. Gestorb.
43. Hoffacker, Peter, complicirte Fractur des Vorderarmes. Amputation. Geheilt.
44. Röhr, August, Necrosis des 3. Fingers. Exarticulation. „
45. Stommel, Kniegelenkcaries. Amputatio femoris. † Pyaemie. Gestorb.
46. Becker, Rudolph, Mal perforant du pied. Resection des Metatarsus. Geheilt.

47. Münch, Franz, complicirte Fractur des Unterschenkels †
Pyaemie. Gestorb.
48. Schnitter, Theodor, Panaritium. † Pyaemie. "
49. Hack, Rosa, Sarcom in den Bauchdecken. † Erysipelas. "

Fs wurden also, wie die Liste zeigt, im Ganzen nur 45 Operationen gemacht und 6 complicirte Verletzungen conservativ behandelt. Meist waren es kleine Operationen, wie folgende Liste zeigt:

Resectionen respective Necrotomien an kleinen Knochen	15
Keilförmige Excision des Muttermundes	1
Excision einer Kugel aus der Phalanx des Mittelfingers	1
Perinaeoplastik	1
Exstirpation eines Neugebildes	4
Herniotomie	1
Auslöfflung des Mastdarmkrebses	1
Operation einer Blasenscheidenfistel	2
Partielle osteoplastische Resection des Oberkiefers	1
Operation der Syndactylie	1
Amputation des Oberschenkels (3)	
1) wegen complicirter Fractur († P.)	1
2) wegen secundärer Pyaemie († P.)	1
3) wegen Kniegelenkcaries († P.)	1
Amputation des Vorderarmes wegen einer Verletzung und consecutiver Pyaemie († P.)	1
Eine primaere Amputation des Oberarmes	1
Amputation respective Exarticulation einer Zehe (1) und eines Fingers (2)	3
Resection eines Metatarsophalangealgelenkes	1
Incision bei Panaritium († P.)	1
Eintreibung von Elfenbeinzapfen bei einer Pseudarthrosis	1
Exstirpation eines Brustkrebses	1
Osteotomie der Tibia.	2
Plastik wegen Nasenkrebs und Lippenkrebs	2
Exstirpation des Talus	1
	45

Complicirte Verletzungen kamen im Ganzen nur 5 zur Beobachtung und zwar 4 complicirte Verletzungen des Unterschenkels, von denen 3 conservativ behandelt wurden und 1 die primaere Amputation des Oberschenkels indicirte, und 1 des Vorderarmes, welche secundaer zur Amputation führte, als sich schon Pyaemie entwickelt hatte.

Als 6. complicirte Verletzung schliesst sich eine Schussverletzung an. Eine Revolverkugel sass in der zweiten Phalanx des Mittelfingers.

Alle Verletzungen mit Ausnahme derjenigen, wo die primaere Oberschenkel-Amputation gemacht wurde, waren der In- und Extensität nach der conservativen Behandlung zugängig, und trotzdem gelang in keinem einzigen Falle die Erhaltung des Gliedes.

In zwei von den der conservativen Behandlung unterworfenen Fällen entwickelten sich schon drohende Symptome der Sepsis, so dass in beiden die Amputation nachgeschickt werden musste. In dem einem Falle gelang es, durch die nachgeschickte Oberarm-Amputation der Sepsis Einhalt zu thun, während in dem andern Falle die Oberschenkel-Amputation vergeblich gemacht wurde.

Für die Beurtheilung der Constitution des Hospitals ist von besonderer Wichtigkeit die Berücksichtigung der bei complicirten Verletzungen und bei Amputationen gewonnenen Resultate.

Es ist doch wohl mehr als Spiel des Zufalles, dass von allen complicirt Verletzten kein Einziger mit Erhaltung des Gliedes davonkam, dass es nur bei einer Vorderarm-Verletzung gelang, der ebenfalls schon in der Entwicklung begriffenen Pyaemie durch Amputation des Oberarmes Einhalt zu gebieten. Es ist dies um so weniger Zufall zu nennen, als schon in den letzten Jahren vor der Uebernahme des Hospitals meinerseits die Verhältnisse desselben dauernd traurige waren. Doch sind zu wenig Amputationen gemacht worden, um aus der Berücksichtigung dieses Theiles der operativen Behandlung Anhaltspunkte für die Beurtheilung der Hospitalverhältnisse zu gewinnen.

Es wurde eine Amputation des Oberschenkels in Individuo septicaemico, natürlich ohne Erfolg, gemacht, eine bei Kniegelenkcaries, eine dritte wurde primaer bei einer Zerschmetterung des Unterschenkels vorgenommen. Alle drei Fälle verliefen tödtlich und zwar in Folge von Blutvergiftung.

Es wurden ausserdem zwei Finger und eine Zehe amputirt, resp. exarticulirt, und ein Oberarm amputirt, welche alle genasen.

Ziehe ich die Liste der übrigen Operationen in Betracht, so wird jedenfalls der gewonnene schlechte Eindruck noch vermehrt. Von den noch restirenden 40 wahrlich nicht grossen

Operationen hatten 6 den Tod zur Folge; und zwar starben 5 an Pyaemie resp. Sepsis und 1 an Erysipelas. Die Liste der leichten Operationen, welche zu einem tödtlichen Ausgange durch Pyaemie führten, ist folgende:

Sequestrotomie des Unterkiefers	1
Plastik wegen Nasenkrebs	1
Exstirpation des Talus	1
Necrotomie der Tibia	1
Incision eines Panaritium	1

Eine Frau starb in Folge von Erysipelas nach der Excision eines Sarcoms aus den Bauchdecken. Rechne ich diese ab, so sind in Folge von 40 kleinen Operationen 5 an Pyaemie verstorben, mithin 12%. Mache ich eine Abrechnung von den gesammten Operationen und Verletzungen, so sind von 48 Operirten resp. Schwerverletzten 11 an Pyaemie resp. Sepsis gestorben, mithin 22,4%.

Von 4 Schwerverletzten, welche der conservativen Behandlung unterworfen wurden, starben 4, mithin 100%. Von 2 Oberschenkel-Amputirten endigten nach Abzug der bereits vorher pyaemisch inficirten 2, mithin 100% letal. Von allen 45 Operirten starben (nach Abzug der schon früher Inficirten) in Folge von Pyaemie 7=15,2%.

Von 3 grossen Amputationen starben 2=60,6 %.

Es waren dies somit wahrlich erschreckende Zustände, die mich veranlassten, nur dann zn operiren, wenn mir das Messer in die Hand gedrückt wurde.

II.

Ich lasse jetzt zum Beweise für meine aufgestellte Behauptung, dass die hiesigen Hospitalverhältnisse keine günstigen sind, trotzdem die antiseptische Behandlungsmethode eingeführt worden ist, die Tabelle der Operationen aus dem Jahre 1875 folgen, welche nicht antiseptisch behandelt werden konnten. Ich habe hierbei alle, auch die kleinsten Operationen, mit aufgezählt, um nur durchaus nicht den Verdacht auf mich zu laden, als ob ich für die antiseptische Behandlungsmethode praeoccupirt sei.

1. Exstirpation von Carcinomen im Gesichte	12
2. Resection und Nachresection des Oberkiefers	6

3. Resection des Unterkiefers		4
4. Zungenabtragung		4
5. Auslöfflung von Krebs, (1 gestorben)		11
„ „ „	der Mundhöhle 2	
„ „ „	des Mastdarmes 3, (gest. 1)	
„ „ „	der Gebärmutter 4	
„ „ „	der Gebärmutterhöhle 2	
6. Auslöfflung der Gebärmutterhöhle		4
7. Thoracocentesis durch Schnitt		2
8. Operatio fistulae ani		3
9. Abtragung von Hämorrhoidalknoten		3
10. Aeusserer Harnröhrenschnitt, (gestorben 3)		7
11. Innerer „		4
12. Castratio wegen Sarcom, (gestorben 1)		1
13. Amputatio penis		2
14. Abtragung eines Epithelialkrebses um die weibliche urethra		1
15. Excision eines specifischen Geschwüres		2
16. Perinaeoplastik		9
17. Operation von Blasenscheidenfisteln		3
18. Bilaterale Erweiterung des Muttermundes		5
19. Colporhaphia ant. respective post.		10
20. Excisio orificii uteri, (2 gestorben)		20
21. Entfernung von Uteruspolypen		2

Es ergibt sich aus der Zusammenstellung, dass im Ganzen nur 115 keineswegs grosse Operationen gemacht worden sind, welche der Oertlichkeit halber nicht antiseptisch behandelt werden konnten, und von diesen relativ leichten Fällen starben im Ganzen 7 an Pyaemie. = 6, 1%.

Todesfälle aus anderen Ursachen sind hier, wie in den folgenden Tabellen, nicht mit aufgezählt worden, da sie für unseren Zweck von keinem Belange sind.

Die Castratio testis ist im Jahresberichte mit unter den nach Lister Behandelten aufgeführt worden, was indess unrichtig ist, da die Lister'sche Behandlung seit langer Zeit unterbrochen worden war, als Pyaemie eintrat.

Die Pyaemie erfolgte:

1 Mal nach einer Auslöfflung des Mastdarmkrebses,

3 Mal nach dem äusseren Harnröhrenschnitte,

1 Mal nach einem fistulösen Geschwüre, welches übrig geblieben war nach einer 9 Monate früher vorgenommenen Castration, und

2 Mal nach Excision des Muttermundes.

Es sind also von 115 leicht Operirten, welche auch nicht im Mindesten einen Vergleich mit den Operirten der nächstfolgenden Tabellen auszuhalten im Stande wären, 7 gestorben, somit 6, 1%.

III.

Jetzt kommen wir zur antiseptischen Wundbehandlung. Zuerst wurde hier die Lister'sche Methode befolgt; mit ihr mache ich desshalb auch den Anfang, und lasse zunächst eine Liste der nach Lister Behandelten folgen:

IIIa.

1.	Moellmann, Joseph, Resection des Hüftgelenkes. † Pyaemie.	Gestorben.
2.	Braun, Joseph, Unterschenkelfractur, nach der Entlassung Fascienvereiterung, Pyaemie, Resection des Fusses. † Pyaemie.	„
3.	Budde, Resection des Fussgelenkes wegen Caries.	Geheilt.
4.	Thoenessen, „ „ „ „ „	„
5.	Cremer, „ „ „ „ „ † Uraemie.	Gestorben.
6.	Paffrath, complicirter Bruch mehrerer Extremitäten, Amputatio femoris. † Pyaemie.	„
7.	Müller, Johann, complicirte Comminutivfractur des linken Untersehenkels.	Geheilt.
9.	Pech, Andreas, complicirte Unterschenkelfractur, Necrotomie.	„
10.	Lebou, complicirte Fractur mit Luxation des Unterschenkels, Resection	„
11.	Schramm, Anton, complicirte Unterschenkelfractur. † Delirium tremens.	Gestorben.
12.	Berling, Zerreissung des Unterschenkels und der einen Hand.	Geheilt.
13.	Ommer, complicirte Fussfractur.	„
14.	Zingsheim, complicirte Fractur beider Füsse, Resection.	„
15.	Bullem, complicirte Zehenfractur.	„
16.	Franz, complicirte Fussfractur. Necrotomie.	„
17.—20.	P . . ., Entfernung eines eingewachsenen Nagels	„
21.	Hamacher, Peter, Zerreissung des Armes mit Eröffnung des Ellenbogengelenkes. Exarticulation. † Pyaemie.	Gestorben.
22.	Gross, complicirter Bruch des Oberarmes.	Geheilt.
23.	Wirths, Zerreissung des Vorderarmes und der Hand, Trismus. †	Gestorben.

24. Stoffacker, Zerreissung des Vorderarmes. Secundäre Amputation des Oberarmes.	Geheilt.
25. Schmitz, Zerreissung der Finger.	„
26. Urfei, Elise, „ des rechten Daumens.	„
27. Bachem, „ „ linken „	„
28. Müller, „ „ zweiten Fingers.	„
29. Brenk, „ der Finger.	„
30. Zirkus, „ „ Hand.	„
31. Semper, „ des Daumens.	„
32. Sommer, „ der Finger.	„
33. Wagner Johann, Zerreissung des Daumens.	„
34. Müller, „ „ der Finger.	„
35. Weber, Heinrich, Eröffnung des Handgelenkes.	„
36. Herbst, Complicirte Fractur des Zeigefingers durch Schussverletzung	„
37. Trimborn, Zerreissung der Finger.	„
38. Simons, Resection des Schultergelenkes.	„
39. Oehler, Transplantation in der Achselhöhle.	„
40.—41. Lükerath, Peter, Lymphomata colli. Exstirpation. † Pyaemie.	Gestorben.
42. Hanisch, Lymphomata colli, Exstirpation.	Geheilt.
43. Filz Franz, Lappenwunde der Stirne.	„
44. Wiedemann, Wunde des Kopfes.	„
45. Goergens, Exstirpation eines Epitheliom der Unterlippe.	„
46. Kemp, Exstirpation eines Nasencarcinoms.	„
47. Wilminia, Lippenwunde.	„
48.—51. Thiele, Mastitis.	„
52. Winterich, Exstirpation einer Brustdrüse.	„
53.—55. Gmelin, Exstirpation eines Sarcoms der Achselhöhle.	„
56.—57. Herniotomien.	„
58. Sarcoma testis, Castration.	„
59. Schmitz, Johann, Complicirte Luxation des Oberarmkopfes. † Pyaemie.	Gestorben.
60. Runkel, Exstirpation eines Sarcoma Parotidis. † Pyaemie.	„
61. Lützenkirchen, Hermann, Complicirte Fractur des Unterschenkels, Gangraen, Amputation. † Pyaemie.	„
62—64. Gross, Incisionen bei Panaritium und Phlegmone.	Geheilt.
65—66. Extraction von Phalangen.	„
67.—68. Resectio coxae.	„
69.—71. Amputatio femoris wegen Kniegelenkcaries. (1 gestorben in Folge von Adynamie.)	
72. Necrotomie des Oberschenkels.	Geheilt.
73. Schumacher, Peter, Dilaceration des Oberschenkels. † Sepsis.	Gestorben.
74. Transplantation in der Achselhöhle.	Getheilt.
75.—78. Exstirpation eines eingewachsenen Nagels.	„
79.—82. Herniotomie.	„

Es starben von 82 nach Lister antiseptisch Behandelten 9 an Blutvergiftung, gleich 11%.

Diese Zahl fällt zu Ungunsten der antiseptisch Behandelten aus, indess eine genauere Analyse derselben weist nach, dass dies nur scheinbar ist, denn:

1. Braun, v. Seite 56, wurde mit pyaemischer Infection aufgenommen.

2. Paffrath, v. Seite 58, hatte eine solch ausgedehnte Verletzung dreier Extremitäten, dass von keiner Behandlungsmethode etwas zu erwarten war.

3. Lützenkirchen, v. Seite 61. In diesem Falle hätte die primaere Amputation gemacht werden müssen, jedoch letztere wurde erst vorgenommen bei schon bestehender Sepsis und Gangraen.

4. Schuhmacher, v. Seite 50; hier war die Verletzung eine höchst ausgedehnte.

5. u. 6. Runkel und Lückerath, v. Seite 117 und v. Seite 150; bei beiden verstand ich damals noch nicht den Verband luftdicht anzulegen; der unglückliche Verlauf dieser Fälle ist auf die mangelhafte Anlegung des Verbandes zu schieben.

7. Moellmannn, v. Seite 57; hier wurde die Resection gemacht in einem Zustande des Patienten, bei welchen ich schon häufig den Verdacht auf bestehende Pyaemie ausgesprochen hatte; indess kommt er bei den Behandelten mit zur Verrechnung, weil er während der Behandlung pyaemisch wurde, jedoch nicht bei den Operirten.

8. Schmitz, v. Seite 59; hier hätte die primaere Exarticulation gemacht werden müssen trotz der fehlenden genügenden Bedeckung.

Ziehen wir Fall 1 und 2 ab, welche nicht der Behandlungsmethode zur Last gelegt werden können, weil Braun mit septischer Fascienvereiterung aufgenommen wurde, und Paffrath an zu ausgedehnten Verletzungen litt, so starben von 82 Behandelten 7 = 8, 5%.

Von den Fehlern, die bei den Andern gemacht wurden, will ich, um nur nicht den Verdacht des Voreingenommenseins für den antiseptischen Verband auf mich zu laden, Abstand nehmen.

Es starben, wie gesagt, von 82 Operirten respective Ver-

letzten 7 an Pyaemie = 8, 5%, also stark 2% mehr, als von den nicht antiseptisch Behandelten des Jahres 1875, indess wird eine Vergleichung der Operationen beider Tabellen klar stellen, dass T. IIIa über viel grössere Operationen, welche bekannter Weise viel eher von Blutvergiftung gefolgt sind, verfügt, als T. II.

Ausserdem ersieht man aus der Liste, dass 32 schwere Verletzungen nach Lister behandelt wurden.

Davon müssen zwei in Abzug gebracht werden: Braun, welcher mit Pyaemie aufgenommen wurde, und Paffrath, welcher an ausgedehnter complicirter Fractur dreier Extremitäten litt. Somit starben von 30 complicirten Fracturen 4 = 13, 3%.

Complicirte Verletzung mehrerer Extremitäten.	2
Zerreissung des Oberschenkels.	1
Complicirte Fractur des Unterschenkels.	6
„ „ „ Fusses.	4
„ Luxation des Oberarmes.	1
„ Fractur „ „	1
„ „ mit Zerreissung des Armes und Eröffnung des Ellenbogengelenkes	1
Complicirte Fractur des Vorderarmes	2
„ „ „ Handgelenkes	1
„ „ der Finger oder Zehen	13

Die Verletzungen waren meist sehr schwere. Bei allen wurde der Versuch der Erhaltung gemacht.

1. Paffrath. Es war die Verletzung eine solch ausgedehnte, dass eigentlich eine Doppelampulation des Ober- und Unterschenkels hätte gemacht werden müssen. Dann blieb noch immer eine complicirte Verletzung des einen Vorderarmes und eine leicht complicirte Fractur des Oberarmes zu behandeln übrig. Hier war wohl von keiner Behandlung etwas zu erwarten. Patient starb natürlich.

2. Eine sehr ausgedehnte Zerreissung der rechten untern Extremität Schumacher.

3. und 4. Zwei complicirte Unterschenkelfracturen, Braun und Lützenkirchen, von welchen ersterer nachher resecirt wurde bei bestehender Infection, und letzterer nachher amputirt worden ist bei schon vorgeschrittener Gangraen des Unterschenkels.

5. Eine complicirte Oberarmkopf-Luxation.

6. Eine Zerreissung des Armes mit Eröffnung des Ellenbogengelenkes.

Bei den 32 complicirten Verletzungen wurde 3 Mal eine Secundär-Amputation, 2 Mal des Oberschenkels, 1 Mal eine Exarticulation des humerus bei bestehender Pyaemie ohne Erfolg gemacht.

Es kamen ausserdem noch 3 Amputationen des Oberschenkels wegen Caries des Kniegelenkes zur Ausführung, welche alle einen glücklichen Ausgang nahmen, mithin 0% Letalität. Von 3 Oberschenkel- und 1 Oberarmamputation starb Keiner.

Ausser den genannten kamen folgende Operationen zur Verrechnung:

Resection des Hüftgelenkes	3 — 1 †
„ „ Fussgelenkes, (eine bei bestehender Pyaemie)	5 — 1 †
„ der Fusswurzelknochen	3
Resection des Schultergelenkes	1
Secundäre Amputation des Oberarmes bei Zerreissung des Vorderarmes	1
Exstirpation eines eingewachsenen Nagels	4
Necrotomie	2
Transplantation in der Achselhöhle	1
Exstirpation von Phalangen	2
Herniotomie	3
Exstirpation von Neubildungen	8 — 2 †

1 Epithelioma der Lippe, 1 Sarcoma Parotidis, (Tod an Pyaemie), 2 Exstirpationen von Lymphomata colli, (1 starb an Pyaemie), 1 Epithelioma narium, 1 Sarcoma testis, 1 Carcinoma mammae, 1 Sarcom der Achselhöhle.

Also Summa: 39 Operationen; ziehe ich hiervon die Amputationen resp. Exarticulationen und Resectionen, gemacht in Individuo pyaemico, 4 an der Zahl, ab, welche bei den complicirten Verletzungen zur Verrechnung und in Erwähnung kamen, so bleiben noch 35 Operationen. Von diesen 35 starben (nach Abzug des Falles Moellmann, Resection des Hüftgelenkes bei bestehender Pyaemie), 2, Lückerath und Runkel = 5, 7 % Letalität. Für diese beiden mache ich die schlechte Adaption des Lister'schen Verbandes bei Operationen in der Halsgegend verantwortlich.

Zum Schlusse bemerke ich nochmals, dass ich im Anfange lange nicht mit der nöthigen Gewissenhaftigkeit und Ueberzeugung die Regeln der Antisepsis befolgte.

IIIb.

Benzoëverband.

1. Breuer, Heinrich, Complicirter Bruch des r. Oberarmes, intermediaere Amputation des Oberarmes. Heilung.
2. Montanelli, Carl, Eröffnung des Schleimbeutels des Olecranon. † Sept. Phlegmone. Tod.
3. Kelter, Joh., Zerreissung des Vorderarmes, primaere Amputation desselben. Heilung.
4. Antenrich, Carl, Zerreissung der Hand. „
5. Pflugbeil, Carl, Zerreissung der Hand. „
6. Mischlewski, Franz, Zerreissung der Finger. „

7.—9. 3 grössere nicht mit Knochen- oder Gelenkläsionen complicirte Verletzungen an der obern Extremität. „

10. u. 11. 2 grössere Kopfwunden. „

12. Puh, Eva, Necrotomie des Unterkiefers. „
13. Heller, Jacob, Resection des Hüftgelenkes wegen Caries, † Pyaemie. Tod.
14. Nizet, Joseph, Resection des Hüftgelenkes wegen Caries. (Plötzlicher Tod.)
15. Schell, Herr, Amputation des Oberschenkels wegen Kniegelenkentzündung. Heilung.
16. Schenk, Caspar, zweimalige Exstirpation eines Sarcomes am Oberarme. „
17. Eröffnung eines sehr grossen Abscesses auf dem Rücken. „
18. Incisionen bei Mastitis. „

Wie aus dieser Liste zu ersehen ist, sind im Ganzen 3 complicirte Verletzungen conservativ mit Benzoëwatte behandelt worden, und zwar zwei der Hand und eine des Fingers, alle drei mit Erfolg, also 0% L.

Bei einer complicirten Fractur des Oberarmes wurde wegen eintretender Gangraen (Breuer v. Seite 269) die intermediäre Oberarmamputation nöthig, welche einen glücklichen Verlauf nahm.

Eine complicirte Verletzung des Vorderarmes bedingte die primaere Amputation desselben; der Ausgang war ein glücklicher. (Kelter J. v. Seite 265.) Ausserdem wurden 5 grössere Verwundungen, 3 der oberen Extremität und 2 des Kopfes, der Benzoëbehandlung mit Erfolg unterworfen. Eine Verwundung des Schleimbeutels des Olecranon führte zum Tode (Montanelli v. Seite 49), Patient wurde jedoch mit septischer Phlegmone aufgenommen.

Sodann wurden zwei grössere Sarcome des Oberarmes ex-

stirpirt und bei dieser Operation die Gefässe in der Achselhöhle und am Oberarm in sehr grosser Ausdehnung bloss gelegt (Schenk v. S. 289).

Ferner wurden eine Amputation des Oberschenkels (wegen Caries des Kniegelenkes) und 2 Resectionen des Hüftgelenkes (wegen Caries) gemacht. Von den Hüftgelenkresecirten starb einer (Nizet v. S. 332) 7 Monate nach der Operation, und einer an Pyaemie (Heller v. Seite 67). Den schlechten Ausgang dieser Resection habe ich im Berichte auf den Fehler geschoben, dass ich bei der Operation versäumte, den Trochanter abzusägen.

Die complicirten Verletzungen, welche mit Benzoëwatte verbunden wurden, betreffen nur Hand und Finger, und kann man aus dem glücklichen resp. unglücklichen Verlaufe keinen Schluss auf den Werth der Methode ziehen. Anders verhält es sich bei den gewonnenen Resultaten bei den Amputationen. Es sind 3 Amputationen gemacht worden, eine intermediaere des Oberarmes, eine primaere des Vorderarmes, und eine Amputation des Oberschenkels bei Caries des Kniegelenkes; alle genasen, also 0% L; jedenfalls spricht Letzteres nicht gegen die Behandlung mit Benzoëwatte.

Von 18 Verletzten resp. Operirten starben 2 an Pyaemie, von denen 1, mit septischer Phlegmone aufgenommen (v. Montanelli Seite 49), in Abzug kommt; der andere war der Hüftgelenkresecirte Heller (v. Seite 67). Es starb also 1 von 18 = 5,5% L.

IIIc.

Thiersch'scher Verband.

1—3. 3 complicirte Fracturen des Unterschenkels: 1. Terr, v. S. 62, links hohe Oberschenkel-Amputation wegen compl. Unterschenkelfractur, rechts compl. Fussfractur; 2. Palm, Margaretha, v. S. 309; und 3. Cütz, Andreas, v. S. 310.

4—8. 5 complicirte Fracturen des Fusses und der Zehen: 1. Zingsheim, v. S. 311; 2. Franz Wilhelm, v. S. 312.

9. 1 Eröffnung des Schultergelenkes: Pennig, v. S. 270.

10—12. 3 Eröffnungen des Ellbogengelenkes: 1. Rüsgen, v. S. 266; 2. Kulenberg, v. S. 267; und 3. Haas, v. S. 268.

13. 1 complicirte Fractur des Vorderarmes: Hilger, v. S. 21.

14—31. 18 complicirte Fracturen der Hand der Finger: 1. Roentz, v. S. 262; 2. Raedelschürz, v. S. 263; 3. Kessel, v. S. 264; 4. Fuhrmann, v. S. 265; 5. Schlömer, v. S. 24; 6. Schnorrenberg, v. S. 266.

32—45. 14 grössere, mit Knochen- oder Gelenklaesionen nicht complicirte Verletzungen der obern Extremitäten: Müller, Joh., v. S. 259.
46—53. 8 tiefe, theilweise mit Commotio cerebri complic. Verletzungen des Kopfes: Lamberti, v. S. 65, gest. an Pyaemie.
54. Stichwunde im Rücken.
55—59. 5 Schussverletzungen: Herr F. v. S. 14; Gau v. S. 187; Schnorrenberg, v. S. 187; Fussbroich, v. S. 298; Utzenrath, v. S. 74; (1 Amputation des Oberarmes, 2 Kugelextractionen und 2 Necrotomien).
60—61. Erfrierungen des Fusses (2 Amputationen).
62—63. Brandnarben am Finger und an der Wange (1 Plastik und 1 Amputation).
64. Narbendifformität am Halse (1 Excision).
65—67. 3 Missbildungen (3 Otoplastiken).
68—80. 13 eingewachsene Nägel (13 Exstirpationen des eingewachsenen Nagels).
81. Transplantation wegen eingefallener Stirnbeinhöhle (1 Plastik).
82—83. Zwei Abscesse (2 Auslöfflungen).
84. Phlegmone (1 Auslöfflung).
85. Septische Phlegmone.
86—93. Eingeklemmte Hernien (8 Herniotomien).
94—97. Caries des Hüftgelenkes (4 Hüftgelenk-Resectionen).
98—101. Caries und Necrosis des Oberschenkels (1 Amputatio femoris, 3 Auslöfflungen des Trochanter major).
102—103. Caries des Kniegelenkes: Pütz, v. S. 339; Lüttgen, v. S. 340; (1 Amputatio femoris, 1 Resectio genu).
104—105. Caries der Tibia (2 Resectionen und 1 Nachamputation).
106—107. Caries der Fibula (1 Auslöfflung des Köpfchens, 1 Resection des Malleolus externus).
108—114. Caries des Fussgelenkes: Budde, v. S. 343, Meinolf, v. S. 344, Schiffer, v. S. 345 (1 Syme, 6 Resectionen des Fussgelenkes).
115—122. Caries der Fusswurzelknochen: Schneider, v. S. 347; Meiss, v. S. 356; (2 Resectionen, 1 Chopart, 1 Syme, 2 Resectionen, 1 totale Resection, 2 Amputationes cruris).
123—139. Caries der Metacarpi, der Metatarsi und der Phalangen (17 Resectionen).
140—146. Caries der Metacarpo- resp. Metatarso-Phalangealgelenke (7 Resectionen).
147—148. Mal perforant du pied: Becker, v. S. 322 (1 Resectio, 1 Amputatio sub talo).
148—151. Ulcus pedis: Herzog, v. S. 318 (1 Amputatio sub talo, 1 Transplantatio und 1 Amputatio cruris).
152—155. Entzündung des Schultergelenks, v. S. 283 (4 Resectionen).
156. Osteomyelitis humeri (1 Ausschabung).
157—161. Entzündung des Ellenbogengelenkes, v. S. 280 (4 Resectionen und 1 Auslöfflung).
162. Caries der Ulna (1 Auslöfflung).
163. Caries des Handgelenkes: Schäfer, v. S. 278 (1 Amputation).

164—166. Caries necrotica des Schädels (3 Abschabungen).
167—168. Caries der Rippe, 1 gest. an Tuberculosis (2 Abschabungen).
169. Caries des Beckens (1 Auslöfflung).
170—171. Pseudarthrosis (2 Eintreibungen des Malgaigne'schen Stiftes).
172—220. Neubildungen: 3 Cysten, 6 Epitheliome, 4 carcinöse Submaxillar-Drüsen, 7 Brustkrebse, 4 Sarcome, 9 Lymphome, 5 Lipome, 7 Atherome, 1 Teleangiectasie, 1 Cavernom, 2 Elephantiasis, (49 Exstirpationen von Neugebilden).

Es sind im Ganzen 3 an Pyaemie gestorben, während, wie die Tabelle nachweist, 31 complicirte grosse Verletzungen nach Thiersch behandelt worden sind.

Es betrafen 3 den Unterschenkel; von diesen starb 1, Terr, welchem es anfänglich sehr gut ging trotz der grossen ausgedehnten Verletzungen des Unterschenkels und des linken Fusses. Ich schiebe den schlechten Ausgang (v. S. 62) auf die schlechte Lagerung des Unterschenkels und den Decubitus.

Die andern Verletzungen sind folgende:

5 Complicirte Verletzungen des Fusses und der Zehen, alle genasen,
1 Eröffnung des Schultergelenkes,
3 Eröffnungen des Ellbogengelenkes,
1 complicirte Verletzung des Vorderarmes,
18 complicirte Verletzungen der Hand und der Finger.

Das Resultat ist ein sehr günstiges zu nennen; von 31 complicirten Verletzungen, endigte nur eine letal $=3{,}2\%$; kein % könnte ich auch sagen, indem ich persönlich den unglüklichen Ausgang nicht auf die Verbandmethode schiebe; bei einer zweckmässigen Lagerung, glaube ich, wäre Patient mit dem Leben davon gekommen. Ich bemerke indess, dass er trotzdem in der Verrechnung mit als schlechter Ausgang berücksichtigt worden ist.

Ausserdem kommen noch 3 Schusswunden und 25 andere mehr oder minder grosse Verwundungen vor, von welchen einer starb an einer Kopfwunde in Folge von Pyaemie, v. Lamberti Seite 65. Diese Infection frappirte mich sehr, indess können beim Verbinden von Kopfwunden höchst leicht Fehler unterlaufen, denn der Verband am Kopfe sitzt bei unruhigen Patienten selten ganz luftdicht; dazu kommt noch, dass in diesem Falle eine directe Uebertragung von Infectionsstoffen auf den Patienten zum Mindesten nicht ausgeschlossen ist. Von sämmtlichen 59 Ver-

letzten starben 2, also 3,4%; lasse ich indess die oben erwähnten Fehler gelten, so starb keiner der regelrecht antiseptisch Behandelten.

Es sind im Ganzen 160 Operationen gemacht worden:

14 Auslöfflungen von cariösen Processen,
3 Auslöfflungen von Abscessen,
13 Nagelexstirpationen,
5 Plastiken,
2 Kugelextractionen,
2 Excisionen von Narben,
8 Herniotomien,
12 Amputationen:
 1 des Vorderarmes,
 1 des Oberarmes,
 3 des Fusses, Syme, Chopart und sub talo,
 4 des Unterschenkels,
 3 des Oberschenkels.

Ich füge hier ein, dass ich 3 Oberschenkelexarticulationen und 2 Oberschenkelamputationen nicht berechnet habe, weil die betroffenen Individuen entweder unmittelbar oder bald nach der Operation starben, und ebenso 2 Oberschenkelamputationen, welche an Pyaemieschen gemacht wurden und dem entsprechend einen unglücklichen Ausgang nahmen.

28 Resectionen von Gelenken,
 4 des Hüftgelenkes,
 1 des Kniegelenkes, Tod durch Pyaemie,
 8 des Fussgelenkes, (mit der partiellen Resection und der Totalresection),
 7 des Metacarpo respective Metatarso-Phalangeal-Gelenkes,
 4 des Schultergelenkes,
 4 des Ellenbogengelenkes,
24 Resectionen an Knochen,
2 Eintreibungen des Malgaigne'schen Stiftes,
49 Entfernungen von Neugebilden.

Es starb von diesen 160 Operirten nur ein Einziger in Folge von Pyaemie und zwar eine Kniegelenkresection. Dies kann indess nicht im Entferntesten der antiseptischen Behandlungsmethode zum Vorwurfe gemacht werden, da in diesem Falle bei

der Behandlung mit Gipsverband gar kein Abschluss der Luft zu erzielen war. Vielmehr freute ich mich damals, als es dem Patienten anfänglich gut ging, zu einer Zeit, wo ich an die Wirksamkeit der antiseptischen Behandlungsmethode noch nicht recht glaubte. Bei der morgendlichen Visite machte ich zu wiederholten Malen die Bemerkung, dass es dem Kniegelenkresecirten trotz nicht vollkommen antiseptischen Abschlusses der Wunde gut ergehe. Es kamen also eigentlich 100% durch nach Abzug dieses Falles. Es sei indess bemerkt, dass derselbe trotzdem mit verrechnet ist. Von sämmtlichen 220 nach Th. behandelten Verletzten respective Operirten starben 3=1,3% L.

28 Gelenkresectionen wurden gemacht, und alle kamen nach Abzug des obenerwähnten Falles durch. Es wurden 3 Oberschenkel amputirt, alle 3 mit glücklichem Erfolge, also 0% L., und 12 andere Amputationen ausgeführt, gleichfalls alle mit dem Ausgange in Heilung, also mit 0% L.

Resumé

der aus den einzelnen Listen gewonnenen Resultate.

Die Betrachtung einer jeden einzelnen Liste für sich hat wohl keinen Werth, solcher zeigt sich erst bei der Vergleichung der einzelnen Tabellen untereinander. Ich habe im Nachfolgenden daher nochmals eine kurze Uebersicht gegeben und procentweise die Todesfälle berechnet:

1) bei allen Operationen und Verletzungen,
2) bei Oberschenkelamputationen,
3) bei allen andern grössern Amputationen,
4) bei allen Operirten,
5) bei den conservativ behandelten Verletzungen.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass solche Procentberechnungen, so lange wir sie isolirt für sich betrachten und so lange wir bloss mit kleinen Ziffern operiren, besonders bei der Ungleichartigkeit des Materials, wenig Werth haben, indess kann man ihnen denselben nicht ganz absprechen, sobald man sie mit andern vergleicht.

Wenn es mir gelungen ist, hierdurch zu beweisen, dass die Hospitalverhältnisse schlechte waren, und dass die Antisepsis im Allgemeinen es vermochte, die Resultate total zum Bessern umzu-

ändern, gleichviel ob durch Fernhaltung der Bacterien oder durch die vermehrte Reinlichkeit oder wodurch auch immer, so glaube ich etwas beigetragen zu haben zu der grossen Frage der Wundbehandlung, welche alle Geister beschäftigt und stets in Bewegung hält.

Es starben:

I.

(Jahr 1874.)

1) von 48 Operirten resp. Verletzten 11 = 22,9%.
2) von 2 Oberschenkel-Amputationen 2 = 100,0%.
3) von 3 grösseren Amputationen 2 = 66,6%.
4) von 45 Operirten 7 = 15,6%.
5) von 4 conservativ Behandelten 4 = 100,0%.

II.

(Nicht antiseptisch behandelt.)

von 115 Operirten (es handelt sich fast nur um kleine Operationen) 7 = 6%.

IIIa.

1) von 82 Verletzten resp. Operirten 7 = 8,5%.
2) von 3 Oberschenkel-Amputationen 0 = 0,%.
3) von 4 andern grössern Amputationen 0 = 0,%.
4) von 35 Operirten 2 = 5,7%.
5) von 32 complicirt Verletzten starben 4 = 12,5%.

IIIb.

1) von 18 Verletzten resp. Operirten 1 = 5,6%.
2) von 1 Amputation des Oberschenkels Keiner = 0,0%.
3) von 2 Amputationen Keiner = 0,0%.
4) von 9 Operirten 1 = 11,1%.
5) von 3 conservativ Behandelten Keiner = 0,0%.

III c.

1) von 220 Verletzten resp. Operirten 3 = 1,3%.
2) von 3 Amputationen des Oberschenkels Keiner = 0,0%.
3) von 12 Amputationen Keiner = 0,0%.
4) von 160 Operirten 1 = 0,60%.
5) von 31 complicirt Verletzten 1 = 3,2%.

Es sind also im Ganzen 64 complicirte Verletzungen nebst 2 complicirten Schusswunden antiseptisch behandelt worden. Von diesen sind zwei complicirte Verletzungen des Vorderarmes, wovon eine zur primaeren Amputation des Vorderarmes, die andere zur secundaeren Amputation des Oberarmes führte, und eine des Oberarmes, welche ebenfalls eine secundaere Amputation bedingte, alle drei endigten glücklich.

Ausserdem wurden drei secundaere Amputationen des Oberschenkels wegen complicirter Fractur des Unterschenkels und eine Exarticulation des Oberarmes alle bei bestehender Pyaemie gemacht, alle verliefen tödtlich. Bei einer complicirten Verletzung des Unterschenkels wurde secundaer die Resection des Fussgelenkes bei bestehender Infection gemacht, auch sie führte zu einem tödtlichen Ausgange.

Die Verletzungen sind:

2 complicirte Verletzungen mehrerer Extremitäten. † 1.
1 Zerreissung der untern Extremität. † 1.
9 complicirte Fracturen des Unterschenkels. † 2 nach Amputation des Oberschenkels.
2 Eröffnungen des Schultergelenkes, eine combinirt mit Luxation. † 1.
4 Ellenbogengelenkeröffnungen, 1 † nach Exarticulation.
2 complicirte Fracturen des Oberarmes.
2 „ „ „ Handgelenks.
4 „ „ „ Vorderarmes wobei 1 primaere und 1 secund. Amputation.
9 „ „ „ Fusses und der Zehen.
29 „ „ der Hand und Finger.
2 Schussverletzungen.

Ziehe ich die eine Verletzung ab, welche eine solch ausgedehnte war, dass eine Rettung unmöglich; bringe ich ferner den Braun in Abzug welcher mit Pyaemie aufgenommen wurde, so bleiben noch 5 = 7,3% L.

Von 6 Amputationen des Oberschenkels wegen Caries des Kniegelenkes starb Keiner = 0,%.

Von 25 grossen Amputationen starb Keiner = 0,%.

Von 204 Operirten starben 4 = 1,9%.

Von 320 Verletzten resp. Operirten starben 10 = 3,1%.

Ich glaube, durch die Tabellen-Vergleichung wird auf den ersten Blick klar, dass trotz des grössern Materials und trotz der grösseren Operationen, über welche IIIc. verfügt, die Wagschaale sehr auf die Seite des Thiersch'schen Verbandes ausschlägt.

Berichtigungen sinnentstellender Fehler.

Seite 31, Zeile 17 und 18 v. u. beidesmal statt „October" — „September."
„ 36, „ 12 v. u. statt „hier" — „am Schlusse des Berichtes."
„ 40, „ 1 und 2 v. o. interponire folgendes: „Erysipelas kam in 36 Fällen zur Beobachtung; von 25 sind genauere Daten gegeben; es vertheilen sich letztere auf die einzelnen Monate, wie folgt:"
„ 41, „ 19 v. u. streiche: „Einmal Tod durch Pyaemie."
„ 41, „ 10 v. u. statt „50" — „40."
„ 41, „ 6 v. o. lies: „Die Erysipele endigten 21 Mal mit Heilung, 4 Mal mit Tod."
„ 50, „ 4 u. 5 v. o. statt „unter der Rubrik Carbunkel" — „auf Seite 51 Zeile 19."
„ 51, „ 17 v. o. statt „5. Mai" — 29. Mai."
„ 51, „ 4 v. u. statt „31 Mal" lies: „30 Mal."
„ 52, „ 3 v. o. statt „10 Mal" lies: „8 Mal."
„ 52, „ 8 v. o. statt „2 Mal" lies: „3 Mal."
„ 73, „ 10 v. u. statt „4 Mal" lies: „5 Mal."
„ 74, „ 14 v. o. statt „2 werden" lies: „3 werden."
„ 78, „ 5 v. u. statt „2 männl." lies: „12 männl."
„ 84, „ 15 v. u. statt „*d* δ" lies: „f ϑ."
„ 84, „ 4 v. u. statt „wozu auch noch" lies: „wovon."
„ 84, „ 3 v. u. statt „in einem weitern Verlaufe" lies: „in seinem weitern Verlaufe."
„ 85, „ 5 v. o. statt „f δ" lies: „f ϑ."
„ 103, „ 6 v. o. statt „durch einen zur Ebene des Gesichtes geführten horizontalen Schnitt" lies: „durch einen parallel zur Ebene des Gesichtes geführten Schnitt."
„ 105, Erste Figur: 1 und 3 gehören an die untern Enden des i n n e r n Bogenschnittes.
„ 108, „ 10 v. o. „8 männl., 4 weibl." fällt aus.
„ 109, „ 3 v. u. statt „b d" lies „c δ."
„ 109, „ 2 v. u. statt „a b und c d" lies: „a c und b d."
„ 115, „ 11 v. u. statt „vide Seite 103" lies: „vide Seite 112."
„ 121, „ 17 v. o. hinter „so weit" zu ergänzen „zu reseciren."

Seite 150, Zeile 8 v. o. statt „Unter 12 Fällen“ lies: „Unter 9 Fällen.“

„ 156, „ 9 v. o. statt „85“ lies: „83.“

„ 160, „ 10 v. o. statt „waren 3“ lies: „waren 4.“

„ 166, „ 16 v. o. statt „9 Mal“ lies: „1 Mal.“

„ 188, „ 8 v. u. hinter „Richtung zur“ ist „Niere“ einzufügen.

„ 240, „ 14 u. 15 v. u.: Bei der vorstehenden Aufzählung sind irrthümlich 2 Namen von Kranken genannt worden, bei denen die keilförmige Excision des cervix uteri wegen prolapsus gemacht worden ist; dafür sind 2 andere Namen, Frl. X. und Frau Sch. ausgelassen, bei denen die Operation wegen stenosis orificii externi resp. wegen hypertrophia cervicis et ulcera vollzogen worden ist.

„ 239, „ 16 u. 17 v. u. muss es heissen: „Es wurden 13 Abtragungen wegen Hypertroph. gemacht, 4 trichterförmige und 9 kegelmantelförmige.“

„ 260, „ 4 v. u. Der Fall „Huffacker“ ist einzuschieben nach dem Falle „Müller“ zwischen Zeile 4 und 5 derselben Seite v. o.

„ 279, „ 19 v. u. statt „acute Entzündungen“ lies: „Occulte Entzündungen.“

„ 319, „ 18—20 v. o. An Stelle des Satzes: „In 2 Fällen etc. . . bis ausdehnte“ lies: „In einem Falle wurde die amputatio femoris, in einem andern die amputatio cruris gemacht.“

„ 335, „ 10 v. u. statt „5 Gelenke ausgeheilt“ lies: „4 Gelenke ausgeheilt.“

„ 341, „ 2 v. u. statt „Vier sind“ lies: „Einer ist.“

Seite 156, Zeile 8 v. o. statt „Unter 12 Fällen" liess: „Unter 8 Fällen".
„ 158, „ 2 v. o. statt „36" lies: „32".
„ 160, „ 10 v. o. statt „wegen 12" lies: „wegen 14".
„ 165, „ 16 v. o. statt „3 Mal" lies: „4 Mal".
„ 185, „ 8 v. u. hinter „Richtung zur" ist „Mitte" einzufügen.
„ 206, „ 14 u. 15 v. o.: Bei der vorstehenden Aufzählung sind irrthümlich 6 Namen von Kranken genannt worden, bei denen die Kniegelenksresection dies wegen Tumor albus gemacht worden ist; dafür sind 6 andere Namen, Pat. X. und Fran Sch. anzuführen, bei denen die Operation wegen stenosis orifici externi resp. wegen hypertrophia cervicis cum ulcere vollzogen worden ist.
„ 250, „ 16 u. 17 v. o. muss es heissen: „Es wurden 16 Abtragungen wegen Hypertrophie gemacht, 7 keilförmige und 9 Kegelmantelförmige."
„ 260, „ 4 v. u. Der Fall „Hoffacker" ist einzuschieben nach dem Falle „Müller" zwischen Zeile 4 und 5 derselben Seite v. o.
„ 276, „ 18 v. u. statt „andre Entzündungen" liest „Occulte Entzündungen".
„ 318, „ 18—20 v. o. An Stelle des Satzes: „In 2 Fällen etc. . . bis ausdehnte" lies: „In einem Falle wurde die amputatio femoris, in einem andern die amputatio cruris gemacht."
„ 335, „ 10 v. u. statt „5 Gelenke ausgeheilt" lies: „4 Gelenke ausgeheilt".
„ 341, „ 2 v. u. statt „Vier sind" lies: „Einer ist".

Indicationen

zur Anwendung

des

Scharfen Löffels

von

Dr. B. BARDENHEUER,
Ober-Arzt der chirurgischen Abtheilung des Bürger-Hospitals

zu

COELN.

Ueber die Anwendung des scharfen Löffels.

Im hiesigen Hospital ist schon seit mehr als 20 Jahren der scharfe Löffel im Gebrauch gewesen und bei den verschiedenartigsten Krankheiten in Anwendung gezogen worden. Ich war sehr erstaunt bei meiner Niederlassung hierselbst zu finden, dass der scharfe Löffel, welchen ich bis dahin nur auf der Simons'schen Klinik mit Consequenz in Anwendung gezogen wusste, schon seit mehr als zwei Decennien im hiesigen Bürgerhospitale ein beliebtes und häufig gebrauchtes Instrument sei. Ich halte es daher für meine Pflicht hier darauf hinzuweisen, dass Herr Geh. Rath Dr. Fischer denselben schon während dieser ganzen Zeit mit dem besten Erfolge zur Behandlung des im Rheinlande so häufig vorkommenden Lupus gebraucht hat, ebenso zur Ausschabung von cariösen Knochen, zur Ausräumung von Knochenhöhlen z. B. bei der Necrotomie, zur Reinigung von schmutzigen Geschwüren, zur Entfernung von Epitheliomen, besonders des Ulcus rodens.

Schon dieser Umstand, dass ein so erfahrener und gewiegter Praktiker, wie Herr Geh. Rath Dr. Fischer, welcher weit über die Grenzen der Rheinlande durch seine umfassenden chirurgischen Kenntnisse, sowie durch seine gewissenhafte Ausübung der praktischen Chirurgie und seine kalte, nüchterne Beobachtungsgabe bekannt ist, den scharfen Löffel in diesem ganzen Zeitraume bei vielen Krankheiten gebraucht hat: ist ein äusserst beredtes Zeugniss für die Nützlichkeit dieses Instrumentes.

Der scharfe Löffel hat auch nach der Uebernahme der chirurgischen Station meinerseits das bereits occupirte Terrain im hiesigen Hospitale behauptet, ja sein Operationsfeld ist eher noch vergrössert worden. Ich glaubte mich daher berechtigt, dem Jahresberichte einen kleinen Anhang geben zu dürfen, in welchem ich dem Gebrauche desselben einige Worte widme und gleichzeitig seine Indicationen etwas genauer bespreche.

Ich habe zu diesem Zwecke alle Fälle, bei welchen während des Jahres 1875 der scharfe Löffel in Anwendung gezogen wurde, im Jahresberichte selber, nur um das Ganze nicht zu stören, kurz erwähnt, um selbige wenn nöthig in diesem Anhange genauer anzuführen.

Meine anfängliche Absicht, alle Krankengeschichten speciell anzuführen, habe ich fallen lassen müssen, indem sonst die Abhandlung einen zu grossen Umfang erhalten haben würde und dadurch der Inhalt weniger übersichtlich geworden wäre.

Indication für den Gebrauch des scharfen Löffels.

Ich bin nicht ein solch blinder Anhänger des scharfen Löffels, dass ich demselben im Allgemeinen auch nur annähernd eine Gleichberechtigung mit dem Messer einräumte. Ueberall, wo man mit dem Messer alles Krankhafte entfernen kann, wird man diesem Instrumente den Vorzug geben.

Jeden Zug des Messers überschaut der Operateur, und ist desshalb auch für jede Phase des Schnittes verantwortlich. Anders verhält es sich mit dem Löffel. Mag man noch solche Uebung in dem Gebrauche desselben haben, stets ist seine Anwendung eine Arbeit im Dunkeln; für jeden Schritt des Löffels bei seinem Vordringen gegen das Gesunde hin kann der Chirurge nicht so unbedingt verantwortlich gemacht werden, wie für die Arbeit des Messers.

Man kann z. B. mit Recht behaupten, dass man sehr genau fühlt, wenn man mit dem scharfen Löffel noch in dem harten knirschenden Gewebe eines Mastdarmkrebses sich bewegt, dass man mit Bestimmtheit wahrnimmt, wo sich an dieser oder jener Stelle

noch etwas Krankhaftes befindet, und solches noch weggeräumt werden muss.

Sobald man sich aber dem Gesunden nähert, merkt man an dem Ausweichen des Gewebes, an dem veränderten Widerstande allerdings, dass hier alles Krankhafte entfernt ist, dass man nicht weiter mehr mit dem Löffel vordringen darf, ohne sich der Gefahr auszusetzen, ein benachbartes gesundes Gewebe z. B. das Peritoneum bei der Auslöffiung des Mastdarmkrebses zu verletzen; indess in dem Augenblicke, wo ich weiches, dem Löffel ausweichendes Gewebe mit demselben treffe, habe ich schon das letztere verletzt und in diesem gegebenen Falle vielleicht ein so empfindliches Gewebe, wie das Peritoneum.

Es ist also selbst von den blindesten Anhängern des scharfen Löffels nicht zu leugnen, dass man mit demselben einigermassen im Dunkeln arbeitet, und dass desshalb dem sicher geführten Messer stets der Vorrang vor demselben gebührt.

An zweiter Stelle ist nicht zu vergessen, dass die Handhabung des Löffels etwas Rohes an sich hat; die Anwendung desselben ist zu vergleichen der Extraction von Polypen aus der Nase mittelst der Polypenzange.

Auch diese Operation ist zum Mindesten keine elegante; auch bei ihr handelt der Operateur auf's Ungefähr, auf gut' Glück hin sucht er mit der Zange den Polypen zu erfassen und dreht ihn in gewaltsamer Weise ab. Wenn eine Muschel mit gefasst und abgedreht wird, so beruhigt den Operateur hierbei der Gedanke, die Ursprungsquelle mit entfernt zu haben und somit das Recidiv desto sicherer hinten anzuhalten, indem er hierbei ausser Acht lässt, dass die entfernte Muschel vielleicht nicht einmal der Sitz des Polypen ist.

Trotzdem wird die Zange dem Messer gegenüber ihr Feld so lange behaupten, bis sie einem andern, bessern Instrumente dasselbe räumen muss, was sie ja auch in der That in jüngster Zeit gethan hat, sie hat der galvanocaustischen Schlinge weichen müssen.

An dritter Stelle trifft den Löffel der berechtigte Vorwurf, dass die durch ihn gesetzte Schnittfläche lange nicht so glatt ist, wie beim Messer. Wenn der Löffel gut ausgehöhlt, scharfrandig ist, wenn die innere und äussere Fläche desselben sich sehr

langsam von einander entfernen, so schneidet derselbe in einer wirklich ausgezeichneten Weise und gibt dem Messer in der That wenig nach, man erhält mit demselben in etwas festem Gewebe z. B. Scirrhus ganz glatte Schnittflächen. Indess ist nicht zu leugnen, dass auch beim besten Löffel zumal an der Grenze des Gesunden, da derselbe ja mehr durch Druck als durch Zug wirkt, die Verletzung eine viel stärkere ist, als die durch den Zug mit dem Messer gesetzte. (Die besten Löffel habe ich bis heran von Droell in Mannheim bezogen.)

Es ergibt sich hieraus, dass der Löffel dem Messer gegenüber grosse Nachtheile hat; man wird daher die Anwendung desselben auf die engsten Grenzen beschränken müssen. Ich möchte sagen, dort wo das Gebiet des Messers aufhört, fängt das des Löffels an; dort wo das Messer nicht gebraucht werden kann, tritt der Löffel in seine Rechte.

Die Anwendung desselben ist demnach im Allgemeinen indicirt:

Erstens bei den Erkrankungsfällen, besonders bei Neubildungen, wo eine reine Exstirpation mit dem Messer nicht mehr möglich, wo es indess, um einer andern Indication zu genügen, geboten ist, die krankhaften Partien zu entfernen.

Ein Beispiel wird die Sachlage gleich klar stellen.

Frau Schaefer, 30 Jahre alt, aus Cöln, leidet seit Jahren an Carcinom des Rectum. Vor einem Jahre wurde Patientin von mir operirt. Es wurde das Neugebilde, welches etwa $3^1/_2$ Zoll hoch hinauf reichte, entfernt; der Verlauf war ein günstiger. Die Frau, welche sehr verfallen, erholte sich rasch, die Defaecation ging gut von statten, indess unwillkürlich.

Nach einigen Monaten trat indess wieder Kothverhaltung ein, und es entwickelten sich jetzt allmälig der Reihe nach mehrere Abscesse um den After herum, welche aufbrachen und Kothfisteln hinterliessen.

Patientin kehrte sehr heruntergekommen wieder, der Koth entleerte sich zum grössten Theile dünnflüssig durch die Fisteln, die Gegend des Rectum war von Geschwulstmasse ganz blockirt. Die Fisteln sowie die Geschwulstmasse reichten seitlich bis zu den Tub. ossis ichii. Der Tumor war unbeweglich im Becken fixirt. An eine reine Exstirpation war hier nicht mehr zu den-

ken, die Grenze der Geschwulst war nicht zu bestimmen. Andererseits war nun doch die Aufgabe gestellt, wiederum einen bessern Weg für die massenhaft angesammelte Kothmasse, welche den Unterleib trommelartig aufgetrieben, herzustellen. Ich bahnte mir daher mit dem Löffel einen Weg durch die Geschwulst bis zum obern Rande derselben, schabte auch seitlich, soviel als eben ging, von dem Carcinome fort, so dass eine grosse Cloake übrig blieb. Der Verlauf war ein sehr günstiger.

Patientin überstand den operativen Eingriff sehr gut, die Kothentleerung ist dauernd bis zum heutigen Tage, also 8 Monate nach der Operation, noch eine ungestörte. Patientin, die zum Gerippe abgemagert war, hat sich sehr erholt.

Ein ferneres Beispiel würde ein anderer Fall, ein Sarcom des Oberkiefers, abgeben, wo die Ausdehnung der Geschwulst eine Resection unmöglich machte, wo indess das Hervorspriessen von Sarcommassen im Munde und Pharynx eine theilweise Forträumung der Geschwulstmasse nöthig machte, um einen Weg für die Ernährung und Athmung zu bahnen.

Zweitens kann die Anwendung des Löffels nöthig werden durch den anatomischen Sitz des Krankheitsprocesses. Derselbe hat an einer solchen Stelle seinen Sitz aufgeschlagen, dass das Messer gar nicht hindringen kann. Diese Indication zur Operation geben besonders Affectionen in Höhlen: so z. B. Carcinoma cavitatis uteri, oder Affectionen der Nase, des inneren Ohres etc. Es sind dies alles Affectionen solcher Localitäten, wo mit dem Messer nicht hinzudringen ist.

An dritter Stelle geben zur Auslöfflung solche Affectionen die Indication, welche allerdings dem Messer zugängig sind, die aber eine solch flächenartige Ausdehnung haben, dass man unmöglich ihre ganze Fläche mit dem Messer excidiren kann. Hierhin sind besonders zu rechnen Lupus, Hauttuberculosis. Wenn die Tuberculosis der Haut auf eine kleine Hautstelle beschränkt ist, wenn sie nur den Lieblingssitz an der Nasolabialfalte einnimmt, so kann man mit sehr gutem Erfolge die ganze, ergriffene Partie excidiren, unmöglich ist dies indess bei ausgedehnter flächenartiger Tuberculosis der Haut. Hier gelingt es leicht mit dem Löffel das Krankhafte genau von dem Gesunden zu scheiden.

An vierter Stelle geben zur Ausschabung solche Erkrankungen Veranlassung, von welchen ihrer Natur nach bekannt ist, dass sie sehr leicht recidiviren. Als Repräsentant dieser Affectionen führe ich den Lupus an, welcher natürlich wegen seiner ausserordentlichen, flächenartigen Ausdehnung auch sub Nr. 3 gehört. Hier könnte man ja auch zuweilen, besonders wenn er auf das Ohrläppchen beschränkt ist, wo er als Lupus hypertrophicus oft vorkommt, den ergriffenen Theil excidiren.

Indess geht es bei den häufigen Recidiven welche er im Gesichte zeigt, wohl nicht an, ihn dort wiederholt zu excidiren. Man würde auf solche Weise fast ohne Unterbrechung ein Stück nach dem andern excidiren müssen und würde baldigst keinen Vorrath zur Excision mehr vorfinden.

Fünftens ist der Löffel bei allen jenen Neugebilden indicirt, wo es schwer ist, die Grenze des Krankhaften zu bestimmen. Auch für diese Rubrik der Erkrankungen gibt der Lupus oder das Trachoma verum Conjunctivae das beste Beispiel ab. Der Lupus dringt an einzelnen Stellen in das Gewebe ein; mittelst des Löffels schabt man alles Krankhafte mit Leichtigkeit ab, es würde indess unthunlich sein, mit dem Messer den einzelnen lupösen Depots nachzugehen, während der Löffel nur das Krankhafte fortnimmt, das gesunde Gewebe weicht demselben aus. Man unterscheidet mit Deutlichkeit an der verschiedenen Resistenz das kranke Gewebe von dem gesunden und schabt so lange ab, als man etwas zum Ausschaben vorfindet, so lange als die veränderte Resistenz einen nicht mahnt, mit der Auslöfflung aufzuhören.

Nachdem ich in kurzer Uebersicht im Allgemeinen die Indicationen für den Gebrauch des Löffels gegeben, schliesse ich hieran die Anwendung der Indicationen auf den speciellen Fall durch Anführung von Krankengeschichten. Die Arbeit erstreckt sich über das im Jahre 1875 und in der ersten Hälfte des Jahres 1876 im hiesigen Hospitale sowie in der Ambulanz beobachtete Material. Wie schon früher erwähnt, habe ich meine anfängliche Absicht, alle Krankengeschichten kurz anzuführen, fallen gelassen, indem sonst die dieser Arbeit gesteckte Grenze weit überschritten worden wäre und die Klarheit des Ganzen gelitten hätte.

Ich erwähne dabei gleichzeitig, dass im Allgemeinen nur die Fälle hier erwähnt werden, bei welchen einzig und allein eine Ausschabung gemacht worden ist, wo die Ausschabung der Haupttheil oder der einzige Theil der Operation war. Bei vielen Operationen z. B. Necrotomien, Resectionen wurde gleichzeitig die Ausschabung nachgeschickt. Bei Necrotomien wird stets die Todtenlade ausgeschabt; bei Resectionen werden nachher die Granulationen der Synovialis abgeschabt, oder die Sägefläche des noch cariös afficirten Knochens wird ausgekratzt mit Erhaltung der festen Knochenrinde, oder die nicht resecirbare Gelenkfläche der cariösen Fossa glenoidalis wird abgeschabt etc. etc. Diese Fälle würden also nicht zur Sprache kommen, die andern werde ich nach der anatomischen Reihenfolge der Organe aufführen.

I. Die äussere Haut.

Der scharfe Löffel ist hierselbst besonders bei den Haut-Affectionen in ausgedehntem Massstabe gebraucht worden und unter diesen nimmt der Lupus die erste Stelle ein.

1. Lupus.

Bei Lupus ist der Löffel im hiesigen Hospitale schon seit mehr als zwei Decennien in Anwendung gekommen. Lupus gab neben Caries auch bei mir am häufigsten Veranlassung zum Gebrauch desselben.

Es wurde dieserhalb 72 Mal bei 49 Individuen, bei 18 Männern, 31 Weibern der scharfe Löffel in Anwendung gezogen. Mit demselben wurde die weiche Lupusmasse abgeschabt. Wenn nach der Abschabung an der wunden Fläche sich hier und da einzelne Granulationsknötchen zeigen, welche sich tiefer in das Gewebe einsenken, so wird ein kleiner Löffel genommen, resp. wenn die Knötchen zu klein sind, so bohrt man durch rasch sich folgende drehende Bewegungen mit einem Myrthenblatt selbige aus. Alle alleinstehenden Lupusknötchen, welche rings um die hauptsächlich afficirte Stelle liegen, welche oft noch in der Tiefe der Haut gelagert, sich nur durch eine leicht livide Verfärbung der Haut markiren, werden ebenfalls mit einem Myrthenblatte ausgebohrt.

Auf das Ganze wird hierauf bis zur vollständigen Stillung der Blutung ein kalter Schwamm gedrückt und nachher die ganze wunde Fläche mit einem Chlorzinkstift kräftig touchirt.

Man kann den ersten Tag wegen des intensiven Schmerzes kalte Umschläge machen lassen, nachher vertauscht man dieselben mit warmen Fomenten, um die Abstossung des schwarzen Schorfes zu unterstützen. Gewöhnlich erreicht man dies innerhalb 8 Tagen, worauf man eine Granulationsfläche vor sich hat, welche wie jedes gewöhnliche Geschwür behandelt und innerhalb kurzer Zeit je nach der Ausdehnung des Lupus zur Heilung gebracht wird.

Aus der Zusammenstellung ergibt sich, dass innerhalb der ersten Hälfte dieses Jahres 37 Operationen bei 24 Individuen vollzogen worden sind; 14 Kranke sind innerhalb dieser Zeit ein Mal operirt worden, 7 zwei Mal und 3 drei Mal.

Die Wiederholung der Auslöfflung wurde leider im vorigen Jahre nicht notirt, so dass ich über das vergangene Jahr keine Anhaltspunkte geben kann.

Die nach dieser Behandlung zurückbleibende Narbe ist eine glatte, höchst wenig entstellende; jedenfalls darf diese Behandlungsmethode als diejenige bezeichnet werden, wodurch man am schnellsten zur Zerstörung des Neugebildes gelangt und das Recidiv am längsten hintenanhält.

In einigen wenigen Fällen wurde mit einer Operation die Heilung für immer erzielt. In andern zahlreichen erreichte man eine Heilung für mehrere Jahre. Ich habe viele Patienten noch in Beobachtung, bei welchen ich vor 4 Jahren den Lupus auf die angegebene Weise behandelt habe und bei welchen noch kein Recidiv eingetreten ist, andere, bei denen innerhalb dieser Zeit sich dasselbe nur ein Mal zeigte. Wieder andere Fälle sind unter den Behandelten, welche alle halbe Jahre sich vorstellen mit leichten Recidiven. Leider sind indess auch unter den Behandelten solche, welche alle paar Monate ausgeschabt werden müssen; mehrere davon sind dauernde Insassen des Hospitals. Kaum dass die Granulationsfläche ausgeheilt ist, so entstehen wieder in der Peripherie neue Knötchen, welche einen erneuerten operativen Eingriff erfordern.

Der Lupus vertheilt sich der Körpergegend nach wie folgt:

20 Mal Lupus der Nase allein,
3 „ der Nasenscheidewand allein,
1 „ der Nasenscheidewand und des Gesichtes,
3 „ des Ohres allein,
7 „ des ganzen Gesichtes,
2 „ des Halses allein,
2 „ des Halses und der Arme,
2 „ des Gesichtes und der Arme,
2 „ der Hand,
1 „ des Zahnfleisches und des Palatum, combinirt mit Lupus narium,
1 „ des Palatum durum allein,
1 „ der Nasenhöhle allein,
4 „ des ganzen Körpers.

Der Lupus vertheilt sich nach dem Alter:

1— 5	Jahre incl.	2 Mal,
5—10	„ „	13 „
10—15	„ „	8 „
15—20	„ „	13 „
20—30	„ „	7 „
30—40	„ „	4 „
40—50	„ „	1 „
50—60	„ „	1 „

Ich gehe die Krankengeschichten der einzelnen Lupusfälle nicht durch, weil ein Fall dem andern ganz und gar gleicht, und weil es eben so zeitraubend als ermüdend sein würde, dieselben durchzulesen.

Nur dies erwähne ich noch zum Schluss, dass ich in letzter Zeit in allen Fällen, welche sehr hartnäckig in ihrem Verlaufe sind, und welche zu erneuerten operativen Eingriffen Veranlassung gegeben haben, eine Schwitzkur nachschickte, und habe ich jetzt zufällig in drei aufeinander folgenden Fällen die Freude gehabt zu sehen, dass die Eruptionen in viel grössern Zwischenräumen und lange nicht so lebhaft auftraten.

Es ist hiernach keine Frage, dass die Ausschabung von allen Behandlungsmethoden des Lupus die einfachste und wirksamste ist, die ausserdem die Recidive am längsten hintenanhält.

2. Tuberculosis.

Die zweite Hautaffection, wobei der Löffel angewandt wurde, war die Hauttuberculosis.

Bei 11 Fällen wurde der Löffel mit Erfolg angewandt. Die Behandlung war ganz dieselbe wie bei Lupus, nur mit dem Unterschiede, dass die livid verfärbte Haut zuweilen vorher mit der Scheere abgetragen werden musste, um den tuberculosen Prozess unterhalb derselben bloss zu legen.

Die tuberculös erweichten Partien wurden mit dem scharfen Löffel ausgeschabt und der Grund mit dem Chlorzinkstift touchirt.

Der Erfolg war stets ein guter; innerhalb 8 Tagen liegt ein gut granulirendes Geschwür vor, welches wie jedes andere Geschwür in kurzer Zeit zur Heilung gebracht wird.

Die Hauttuberculosis wurde 11 Mal behandelt:

4 Mal an ihrer Lieblingsstelle, an der Nasolabialfalte, wo ein fingerbreiter, über das Niveau der gesunden Haut sich linienhoch erhebender, livid aussehender Wall von der Seitenwand der Nase in der Richtung nach aussen vom Munde zur Wange hin verlief.

Die verdünnte, von der erweichten Unterlage sich abhebende, livid verfärbte Haut wurde mit der Scheere abgetragen, der Grund mit dem Löffel ausgeschabt und mit Chlorzinkstift touchirt.

Der Verlauf war stets ein sehr guter; Heilung ward meist innerhalb 3 Wochen erzielt.

7 Mal nahm die Hauttuberculosis die Gegend unterhalb des Unterkiefers ein. Sie ist hier sehr oft combinirt mit Tuberculosis der Drüsen, indess nicht stets.

In einigen Fällen zog sich von der Gegend vor dem Ohr über den Unterkiefer weiter nach unten gehend, unterhalb des Unterkieferrandes zum andern Ohre hinaufsteigend, ein $1^1/_2$ Finger breiter Wall.

Es war nicht in allen Fällen die ganze obenerwähnte Gegend eingenommen; in einigen Fällen war nur die eine Seite occupirt, in andern dehnte sich die Tuberculosis der Haut entlang dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus bis aufs

Sternum, um sich über demselben nach unten bis zum Processus xyphoideus auszubreiten.

1. Bei Frau R. war die Affection nur einseitig vom Kinn bis zum Ohre hin.

Die Haut war an der befallenen Stelle livid verfärbt, verdünnt, stellenweise undeutlich fluctuirend.

Der Wall war indess kleinfingerdick hoch. In der Tiefe merkte man stellenweise eine verdickte Masse, welche es von vorn herein wahrscheinlich machte, dass wir es ausserdem mit einer Tuberculosis der Drüsen zu thun hatten; dies war besonders der Fall in der Gegend des Trigonum colli superius.

Die Abschabung ergab auch, dass, nachdem alles oberflächlich tuberculös Erkrankte fortgeschabt war, gerade in der Gegend der Trig. colli sup. an einzelnen Stellen sich federkieldicke Fisteln in dem sonst gesunden Gewebe in die Tiefe senkten, um dann in tuberculösen Heerden von Drüsen zu endigen.

Mit dem Löffel fiel man mit Leichtigkeit durch diese Fisteln in die tuberculöse Drüse, welche oft nur aus Capsel und einem tuberculösem Breie oder weichem Granulationsgewebe bestand, hinein und konnte die ganze Capsel auslöffeln; man muss daher genau darauf achten, dass man solche Fistelgänge nicht übersieht.

In einem Falle bin ich mit einer einzigen Auslöfflung zum Ziele gekommen.

In einem zweiten Falle habe ich nachträglich die infiltrirte Gegend des Grundes excidirt und so viel raschere Heilung erzielt, als mit der Auslöfflung allein.

Frau Rothsiepen, 26 Jahre alt, aus Westfalen, hatte vom linken Unterkieferwinkel bis unterhalb des Kinnes einen 1—2 Zoll breiten Wall, welcher die Umgegend um $1/2$ cm. überragte. Die Haut war livide verfärbt, sehr verdünnt, stellenweise fluctuirend, nirgends indess perforirt. Das Ganze wurde ausgelöffelt. Unterhalb des Kinnes sowohl, wie in der Gegend des kleinen obern Halsdreieckes bestand eine Fistel, durch welche man in je eine tuberculöse Drüse mit dem Löffel hineingelangte. Beide wurden ausgelöffelt.

Die Heilung ging gut von statten, indess unterhalb des Kinnes blieb eine Verdickung bestehen mit einer Fistelöffnung,

welche nicht ausheilen wollte. Letztere, durch die man $\frac{1}{2}$ Zoll tief in verdichtetes infiltrirtes Gewebe kam, bestimmte mich nachträglich noch, das ganze infiltrirte Gewebe zu excidiren. In dem excidirten Gewebe waren mehrere tuberculös zerfallene Drüsen eingeschlossen. Die Heilung ging von jetzt ab sehr rasch von statten.

In einem dritten Falle, Schödder, Johann, 21 Jahre alt, welcher augenblicklich noch auf der Station sich befindet wegen Caries des Metatarsus der linken grossen Zehe, und bei welchem zweimal die partielle Resection des Metatarsus versucht und zuletzt die Exarticulation gemacht wurde, wurde ebenfalls wegen Tuberculosis der Haut und der Drüsen an der nämlichen Stelle die Auslöfflung gemacht.

Von der Gegend vor dem Ohre zog, wie oben beschrieben, rings unter dem Unterkiefer herum ein $\frac{1}{2}$—1 Zoll breiter Wall.

In diesem Falle wurde schon dreimal die Auslöfflung gemacht mit Beobachtung der angedeuteten Vorsichtsmassregel, dass die tuberculösen Drüsen möglichst ausgeschabt wurden.

Die Krankheit ist endlich verheilt, allerdings nach 10monatlicher Behandlung, indess ist nicht zu leugnen, dass seinem Fussleiden mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, als seiner tuberculösen Halsaffection.

Es ist möglich, sogar wahrscheinlich, dass die Affection der Drüsen in diesem Falle das Primaere der Affection ist; indess ist auffällig die ausgedehnte Hautaffection gegenüber der geringen Anzahl der afficirten Drüsen.

Ich kann aber nachträglich einen Fall, welchen ich in der zweiten Hälfte des Jahres 1876 beobachtete, hier anführen, in welchem ich ebenfalls eine Affection der Drüsen erwartete, ohne sie bei der Operation vorzufinden.

Dieser 4. Fall glich den vorhergehenden ganz genau; die regio submentalis war eingenommen von der nämlichen Hautaffection, wie die eben beschriebene.

Ich dachte nun jedenfalls bei der Ausschabung durch etwa bestehende Fisteln zu den tiefer gelegenen Drüsen vorzudringen; es war dies indess nicht der Fall: an einzelnen Stellen drang die Tuberculosis etwas tiefer ein, jedoch nirgendwo zeig-

ten sich Fistelgänge; es fehlte auch die Härte, welche die in der Tiefe gelegene erkrankte Drüse zu umgeben pflegt.

Der 5. Fall, Steffens, Carl, 12 Jahre alt, aus Cöln, gleicht dem 6. Falle ganz und gar in Bezug auf die Ausdehnung der Erkrankung, nur mit dem Unterschiede, dass im 6. Falle gleichzeitig die Submaxillar-Drüsen linkerseits tuberculös afficirt sind, während im 5. Falle die Tubercolosis sich auf die Haut allein beschränkt.

Letzterer Fall kam im Jahre 1876 zur Beobachtung und war folgender.

Weber, Friedrich, 19 Jahre alt, aus Edelratz, aufgenommen mit Hauttuberculosis am 18. August 1876.

Seit Februar bemerkte Patient zuerst eine Anschwellung an der rechten Wangenseite, die als geschwollene Drüsen aufgefasst wurde.

Die Verdickung nahm allmälig zu, gleichzeitig dehnte sich die Hautaffection bedeutend aus, stieg an der linken Halsseite entlang dem Musc. sternocleidomastoideus herunter bis auf's Manubrium sterni.

Die Haut ist beiderseits unterhalb der Maxilla afficirt, bläulich roth, schwappend, durch Flüssigkeit abgehoben, und an einzelnen Stellen mit punktförmigen Oeffnungen versehen, aus denen sich käsiger Eiter entleert. Unterhalb der linken Hälfte der Maxilla inferior hat die Hautaffection in der Tiefe eine starke Infiltration als Basis, so dass jedenfalls die Drüsen daselbst mit afficirt sind.

Dieselbe dehnt sich dann nach unten bis auf's Manubrium sterni aus und nimmt ebenfalls die gleiche Fläche an der rechten Seite ein, ohne dass die Submaxillardrüsen afficirt sind.

Behandlung. Abtragung der Haut mit der Scheere und Abschabung des Granulationsgewebes und linkerseits Ausschabung von etwa 10 käsig infiltrirten, bald grössern, bald kleinern Drüsen. Zu den Drüsen führten durch Granulationszüge deutlich markirte Fisteln hin.

Der Verlauf war ein günstiger, und ist die Heilung bis heute, den 17. October 1876, erzielt.

In diesem Falle zeigt die Anamnese den Entwicklungsgang ganz deutlich; es entstand zuerst Tuberculosis der Drüsen

in der Submaxillargegend linkerseits, und dann erst entwickelte sich secundär die Hauttuberculosis, welche aus der Gegend unterhalb der linken Unterkieferhälfte dem Sternocleidomastoideus entlang nach unten zum Manubrium sterni hin sich ausdehnte und von dort nach oben auf der rechten Seite in gleicher Weise sich weiter verbreitete.

In dem 7. Falle war die Flächenausdehnung noch grösser, als in dem 5. und 6.; in diesem Falle erstreckte sich die Tuberculosis von der rechten Submaxillargegend, dem vordern Rande des Sternocleidomastoideus entlang bis auf's Manubrium sterni, stieg von hier bis zum Processus xiphoideus hinab und dehnte sich ausserdem über die rechte Brusthälfte in die rechte Achselhöhle hin aus.

Bei diesem 4jährigen Mädchen, Mako Clara, aus Cöln, 4. August 1874 aufgenommen, 17. Juli 1875 entlassen, welches seit 2 Jahren dauernd im Hospital und sehr heruntergekommen war, beschränkte die tuberculöse Affection sich nicht nur auf die Haut, sondern es waren die Submaxillar- und Axillardrüsen mit afficirt und gleichzeitig bestand eine tuberculöse Knochenaffection des rechten Sterno-clavicular-Gelenkes. Eine zweimalige Auslöffiung aller afficirten Theile genügte, um das Kind innerhalb 4 Monaten zur Heilung zu bringen.

Ich habe bei dieser Zusammenstellung von tuberculösen Affectionen dieselben freilich etwas willkürlich als Hauttuberculosis hingestellt, ich sage willkürlich, indem ja in 5 Fällen die darunter liegenden Drüsen mit afficirt waren, und sogar ein Mal die Drüsenaffection sich als das Primaere nachweisen liess.

Aus der Zusammenstellung ergibt sich, dass in 7 Fällen 2 Mal keine Drüse ergriffen war, und rechne ich dazu noch einen Fall aus der frühern Zeit, welchen ich bei einer Dame in der Privatpraxis behandelte, so war in 8 Fällen 5 Mal die Hauttuberculosis mit der Drüsenaffection combinirt. Drei Mal bestand die Hauttuberculosis in der nämlichen Gegend mit der nämlichen Ausdehnung, ohne dass die Drüsen mit betheiligt waren.

Jedenfalls berechtigt Einen die grosse Ausdehnung der Hauttuberculosis, dieselbe aus dem Rahmen der tuberculösen Drüsenentzündung auszuscheiden.

Bei der reinen Hauttuberculosis ist der scharfe Löffel das

beste Mittel, um das Krankhafte zu entfernen, bei der mit Drüsentuberculosis combinirten Hauttuberculosis würde sich ein combinirtes Vorgehen mit dem Löffel und dem Messer mehr empfehlen. Zuerst würde ich alle krankhafte Haut entfernen, die tuberculösen Granulationen mit dem Löffel abschaben und dann mit dem Messer die tuberculösen Drüsen exstirpiren; jedenfalls muss man, im Falle man letzteres unterlässt, jede Fistel genau aufsuchen und mit dem scharfen Löffel die Drüsen in der Tiefe aushöhlen.

3. Syphilitische Ulcera.

An dritter Stelle sind die syphilitischen Ulcera zu nennen, gegen welche der Löffel mit grossem Erfolge zur Anwendung kam.

Da ich die syphilitische Station auf ein Jahr an Hrn. Oberarzt Dr. Riegel abgetreten habe, so habe in letzter Zeit weniger Gelegenheit gehabt, den scharfen Löffel bei dieser Affection zu gebrauchen.

Gegen syphilitische Beingeschwüre, gegen hartnäckige exulcerirte Gummata wird der scharfe Löffel hierselbst schon seit einer langen Reihe von Jahren gebraucht. Wenn die Geschwüre unter der antisyphilitischen Behandlung nicht heilen wollten, so wurden dieselben gehörig ausgeschabt und ganz wie Lupus behandelt.

Es wurde wegen Gummata der Löffel 6 Mal gebraucht.

Nach dem Gebrauch desselben heilen die Gummata oft ohne jedwede fernere antisyphilitische Behandlung von selber aus.

4. Beingeschwüre.

Bei hartnäckigen Beingeschwüren wurde der Löffel auch einige Mal in Anwendung gezogen. Wenn das Geschwür diphtheritisch belegt, oder wenn die Umgebung hart infiltrirt war, habe ich, unbesorgt um die dadurch bedingte Vergrösserung desselben, den harten Boden, die infiltrirten Ränder ausgiebig ausgeschabt und so ein reges Leben in dem Geschwürsgrunde erzielt. Der Verlauf war stets ein günstiger und wurde Hei-

lung erreicht. Die Anwendung für diese Formen erstreckt sich auf 6 Fälle.

5. Phlegmone.

Ausgezeichnet bewährt sich die Anwendung des scharfen Löffels bei Phlegmone; ich hatte 5 Mal Gelegenheit bei septischer Phlegmone den Löffel zu gebrauchen, zwei Mal kam derselbe zu spät in Gebrauch, drei Mal leistete derselbe ganz ausgezeichnete Dienste. Es wird, so weit die Haut phlegmonös afficirt ist, ein grosser Längsschnitt gemacht, und dort, wo man an der lividen Verfärbung sieht, dass sie doch absterben wird, trägt man dieselbe ab; darauf wird alles diphtherisch infiltrirte und eitrig durchsetzte Gewebe mit dem scharfen Löffel bis auf's Gesunde und bis auf den frischen Muskel ausgeschabt. Dort, wo unter der abgehobenen Haut noch Taschen nach den Seiten hin bestehen, schabe ich mit dem scharfen Löffel Alles rein heraus, bis ich an dem Widerstand merke, dass nichts Krankhaftes mehr vorhanden ist.

Augenblicklich liegt noch eine Frau auf der Station, Hamacher, 43 Jahre alt, aufgenommen am 19. Juli 1876, welche in einem Zustande in's Hospital kam, dass ich wenig Hoffnung mehr für das Leben der Frau hatte.

Die ganze hintere Seite der Wade von der Kniekehle bis zur Ferse war hart infiltrirt, an einzelnen Stellen livide verfärbt und fluctuirend.

Die Frau fieberte stark. Temperatur bis 40 Abends; die Zunge war trocken und fuliginös. Ich machte von der Kniekehle bis zur Ferse zwei Incisionen und trug einen grossen Theil der Haut ab, darauf löffelte ich mit einiger Gewalt alles Brandige und Diphtheritische aus, bis der Musculus Gastrocnemius und die Achillessehne frei vorlagen.

Der Verlauf ist ein sehr günstiger, und wird Patientin bald geheilt entlassen werden können.

Ich habe niemals hier im Hospitale Gelegenheit gehabt, Wunddiphtheritis und Hospitalbrand zu beobachten, indess würde ich, gestützt auf Beobachtungen, welche ich im Kriege gesammelt habe, auch bei Hospitalbrand gehörig bis in's gesunde Ge-

webe hinein abkratzen, dann das Ferrum candens aufsetzen und nachträglich Breiumschläge machen lassen.

Ich hatte im Jahre 1870 die chirurgische Abtheilung des Garnisonlazareths zu leiten. Meine damals wirklich günstigen Resultate schienen mit einem Male durch den Hospitalbrand, welcher durch eine septische Phlegmone eingeschleppt wurde, vereitelt zu werden, denn mit einem Schlage hatten trotz der grössten und peinlichsten Vorsichtsmassregeln innerhalb weniger Tage alle leicht und schwer Operirten, welche in grosser Anzahl die Station und die Zelte einnahmen, Hospitalbrand. Ich habe alle bekannten Mittrl vergebenst versucht, bis ich nachher dazu überging, alles gangraenöse Gewebe, so oft dies in grossen Fetzen zu Tage trat, in der Wunde mit der Scheere abzutragen, darauf mit einem Spatel alles Brandige abzuschaben, nachher auf das gesunde Gewebe das Glüheisen aufzusetzen und nach 24 Stunden Breiumschläge machen zu lassen. Von da ab war es mir möglich, den Hospitalbrand in Schranken zu halten und rasch zu heilen, während ich vorher mit allen früher angewandten Mitteln dem Leiden gegenüber machtlos war. In keinem Falle verfehlte die Behandlung ihre Wirkung.

6. Furunkel und Carbunkel.

Bei Furunkel und Carbunkel wurde der Löffel in letzter Zeit stets gebraucht, besonders wirksam zeigte er sich beim Carbunkel. Es wird eine sternförmige Incision durch die ganze infiltrirte Basis desselben gemacht und darauf unter den entstandenen Hautzipfeln das infiltrirte Gewebe mit einem scharfen Löffel durch einige drehende Bewegungen herausgelöffelt; der entstandene Defect wird mit in Ferum-sesqui-chloridlösung getauchter Charpie ausgestopft.

Der Verlauf ist ein ausserordentlich günstiger; in 5—6 Tagen ist die Eisenchloridschicht abgestossen, und hat man eine schöne granulirende Vertiefung vor sich, welche wie jedes andere Geschwür behandelt wird.

Es wurden nach dieser Methode im Ganzen 6 Furunkel und 7 Carbunkel behandelt. Der Verlauf war stets ein günstiger und von kurzer Dauer.

Fräulein X., aus Cöln, hatte rechterseits auf den Nates eine handtellergrosse Infiltration; auf der Höhe war diese siebförmig durchbrochen, aus den Oeffnungen liess sich nur wenig Eiter auspressen. Patientin fieberte stark.

Behandlung: sternförmige Incision durch die ganze Ausdehnung der Infiltration, Auslöfflung des speckig infiltrirten Bindegewebes, Einlegung von Eisenchloridcharpie. Der durch die Auslöfflung entstandene Defect war ziemlich gross.

Der Verlauf war ein günstiger. Das Fieber fiel gleich, die Infiltration verschwand schon in den ersten Tagen.

Am 6. Tage lag eine schön granulirende Vertiefung vor. Die Heilung machte von jetzt ab ihren gewöhnlichen Verlauf durch.

In jüngster Zeit habe ich kein Eisenchlorid mehr eingelegt, und finde, dass der Verlauf dann ein ebenso guter, wenn nicht noch schnellerer ist.

In einem Falle, welcher vor 10 Tagen zur Beobachtung kam, nahm der Carbunkel handtellergross die Bauchfläche ein.

Mörs, J., 30 Jahre alt aus Cöln, 23. August 1876 aufgenommen mit einem grossen Carbunkel. Er fieberte stark. Die Infiltration war eine sehr ausgedehnte, auf der Höhe derselben bestanden einzelne Oeffnungen, aus denen man etwas Eiter entleeren konnte.

Behandlung: sternförmige Incision durch die ganze Basis hindurch und Auslöfflung von allem diphtheritisch infiltrirten Gewebe, bis eine rothe Aushöhlung zu Tage lag. Verband nach Thiersch.

Der Verlauf war ein äusserst günstiger; keine Temperatursteigerung. In 10 Tagen wurde der Verband zum ersten Male gewechselt, und es bestand nur eine sternförmige, rothe, narbige Figur, welche in dem Kreuzungspunkte der Schnitte noch einen dicken Granulationsknopf zeigte.

Ich kann daher bei Carbunkel den Gebrauch des Löffels nicht genug empfehlen; es gelingt mit demselben, den ganzen abgestorbenen Bindegewebspfropfen wie aus einer Nische herauszuheben. Die Heilungsdauer wird um ein ganz Bedeutendes abgekürzt, man entfernt mit einem Schlage den gangraenösen

Theil und verhindert somit die fernere Ansteckung der Umgebung resp. des ganzen Organismus.

7. Abscesse.

An die Hautaffectionen schliesse ich hier noch die Abscesse an, weil sie eben unter der Haut zu Tage treten. Ein jeder Abscess, mag er einen Ursprung haben, welchen er immer will, mag er als Senkungsabscess von entfernten Knochen ausgehen, oder aus irgend einer andern Ursache z. B. nach einem Trauma entstanden sein, wird, wenn keine Contraindication zu seiner Eröffnung vorliegt, nicht allein incidirt, sondern auch stets ausgelöffelt. Die Heilungsdauer wird dadurch ganz entschieden abgekürzt.

Die Auslöfflung der Abscesse ist nicht stets eingetragen worden, im Ganzen ist sie 28 Mal aufgeführt.

8. Warzen.

Bei Warzen der Haut ist der Gebrauch des scharfen Löffels ebenfalls am Platze. Man hebt mit demselben die Warze mit ihren Einsenkungen in den Papillarkörper heraus und touchirt die Grundfläche mit Lapis infernalis. Es bleibt keine Narbe zurück. Die Warze kehrt nicht wieder.

Ich habe in 5 Fällen Warzen mit dem scharfen Löffel behandelt und mir vorgenommen, diese Behandlung ebenfalls bei Callosität der Haut, bei Hühneraugen etc., einzuleiten, indess bisheran dazu noch keine Gelegenheit gefunden. Meine Absicht wäre, die Callosität zuerst einige Tage hindurch mit schwarzer Seife aufzuweichen und dann dieselbe mit einem scharfen Löffel herauszuheben.

9. Neubildungen.

Einmal habe ich auch Gelegenheit gehabt, den scharfen Löffel mit gutem Erfolge bei sehr stark entwickelten spitzen Condylomen in Anwendung zu ziehen. Bei Entfernung derselben mit dem Messer trägt man leicht an einer Stelle zu wenig, an anderer zu viel ab; ausserdem ist die Abtragung mit Messer oder Scheere wirklich sehr mühsam, zeitraubend und für den Patienten sehr schmerzhaft. Mit dem scharfen Löffel

dagegen schabt man in einigen schnellen Zügen das ganze Gebilde rasch ab.

Man übergeht ferner mit dem scharfen Löffel nicht so leicht ein Wärzchen; man merkt sich vorher genau die betroffenen Stellen und kann dann ziemlich blindlings über dieselben hinschaben, indem die spitzen Condylomen nicht, wohl die Haut dem Löffel widerstehen.

Hebra empfiehlt den scharfen Löffel auch für Teleangiectasien, indess weicht das elastische Gewebe demselben aus, und konnte ich bei einem gemachten Versuch die Operation nicht vollenden. Anders gestaltet sich die Frage bei Acne rosacea, hier, denke ich mir, wird das erweichte Gewebe einen bessern Angriffs-punkt für den scharfen Löffel gewähren.

Bösartige Neubildungen sind natürlich auch der Behandlung mit dem scharfen Löffel zugängig. Geh. Rath Dr. Fischer hat schon lange das Ulcus rodens durch Ausschabung mit dem besten Erfolge behandelt. Ich habe indess schon früher als Grundsatz hingestellt, dass man dort, wo man mit dem Messer Alles entfernen kann, dem Messer den Vorzug geben solle; nur dort, wo das Messer aus irgend einem Grunde nicht gebraucht werden kann,kommt der Löffel in Frage. Daher habe ich nur 2 Mal mit dem scharfen Löffel das Ulcus rodens behandelt.

Frau Schweinheim, Elise, geb. Breuer, 68 Jahre alt, aus Cöln, am 25. Januar 1876 aufgenommen mit einem Carcinom am linken innern Augenwinkel; daselbst befand sich ein circa haselnussgrosser Knoten mit exulcerirter Oberfläche. Die Neubildung wurde am 26. Januar 1876 ausgeschabt und die Basis mit Chlorzinkstift touchirt.

2. März 1876 geheilt mit glatter Narbe entlassen.

Einmal habe ich die Ausschabung bei einem Manne gemacht, welcher gleichzeitig an Epitheliom der Nasenscheidewand litt. Der Fall, welcher den Vomfey aus Bayenthal betrifft, wird bei den Nasenaffectionen noch seine Erwähnung finden.

10. Chronische Hautausschläge.

Es kam der Löffel auch noch bei andern chronischen Hautaffectionen zur Verwendung, indess kann ich im Allgemeinen

nicht das Günstige hierüber bestätigen, was aus der Hebra'schen Schule mitgetheilt worden ist. Nur bei der Psoriasis ist die Abschabung mit dem scharfen Löffel ein werthvolles Mittel.

a. Bei Mentagra habe ich die Auslöfflung 3 Mal versucht, indess statt einer Besserung musste ich leider jedesmal eine Verschlimmerung constatiren.

b. 1 Mal habe ich den Löffel bei Favus im Gesichte gebraucht, der Erfolg war ein günstiger. Jedenfalls dürfte indess schon a priori nicht derselbe Erfolg auf dem Kopfe zu erwarten sein, indem ja hierselbst die Epilation unbedingt zur Heilung nöthig ist. Ausserdem ist die Behandlung des Favus nach Fischer eine so sichere, dass kein Bedürfniss vorliegt, nach einer andern Methode Umschau zu halten.

c. Bei Ekzema crustaceum, wo die Haut verdickt und infiltrirt ist, habe ich den Löffel 8 Mal in Anwendung gezogen; es ist nicht zu leugnen, dass derselbe ausserordentlich gut vertragen und die Heilungsdauer zum Mindesten abgekürzt wird; dass indess dem Löffel eine besonders in die Augen springende Wirkung zugeschrieben werden müsste, kann ich nicht behaupten. Ich habe daher in letzter Zeit bei Ekzem vom Gebrauch des scharfen Löffels Abstand genommen.

d. Psoriasis gab mir auch einige Mal Veranlassung zum Versuch der Abschabung. Ich liess zu diesem Zwecke flache Schabeisen verfertigen. Es wurden dieselben nur bei hartnäckigen Fällen, wo die Haut stark infiltrirt und besonders verdickt war, gebraucht, und nachträglich hydropathische Umschläge mit einer leichten Sodalösung (1:200) gemacht. Es ist nicht zu leugnen, dass der Erfolg ein augenblicklich frappanter war, und dass die Haut mit einem Male ganz glatt wurde. Jedenfalls dürfte hierdurch die Heilungsdauer bedeutend abgekürzt werden; ob aber die Ausschabung im Stande ist, das Recidiv etwas länger hintanzuhalten, darüber kann ich keinen bestimmten Aufschluss geben. Bei einem Patienten ist die Psoriasis nach einem halben Jahre schon wieder in vollster Blüthe.

Bei Psoriasis wurde die Ausschabung 7 Mal gemacht, und zwar nur in den hartnäckigsten Fällen, wo die sonst üblichen Behandlungsmethoden einen höchst langsam wirkenden und unsichern Einfluss haben. In allen Fällen waren die Auflagerungen

sehr dick und die afficirte Haut stark infiltrirt. Der augenblickliche Erfolg war stets ein sehr guter; aber das Recidiv blieb auch bei dieser Behandlungsmethode nicht aus, indess trat es langsam auf und zudem an andern Körperstellen. Innerlich wurde nebenbei Nichts verabfolgt. Nach der Abschabung liess ich Umschläge von einer einprocentigen Sodalösung machen, für den ersten Tag verordnete ich zur Stillung der Schmerzen kalte Umschläge.

In einigen Fällen habe ich nach der Abschabung psoriatischer Schuppen die Oberfläche mit Höllenstein touchirt. An diesen Stellen ist allerdings kein Recidiv eingetreten, indess die betreffende Hautstelle ist narbig verdickt.

Die Abschabung wurde immer in der Chloroformnarcosis gemacht, indem der Schmerz doch ein zu grosser ist, um bei vollständigem Bewusstsein ertragen zu werden.

Zwei Patienten bekamen Recidive, bei ihnen musste die Operation wiederholt werden. Am schönsten und dauerhaftesten war der Erfolg der Operation bei Knab, Adolf, 18. Januar aufgenommen, 19. März entlassen, bei welchem vom 2. Tage ab 1% Sodaumschläge gemacht wurden.

Patient hatte dicke starke Auflagerungen aller Extremitäten, besonders aber an den Unterschenkeln. Hier zeigte sich die Affection als eine psoriasis diffusa, während sie an allen übrigen Stellen eine Psoriasis guttata war.

Nach einer einmaligen am 5. Februar vorgenommen Abschabung, welche hauptsächlich die Unterschenkel als die am stärksten occupirten Theile betraf, war die Psoriasis verschwunden. Nach 3 Tagen hatte man eine glatte, glänzende Fläche vor sich. Der Erfolg war ein dauernder.

Am 10. April wurden auch die übrigen occupirten Stellen mit dem nämlichen Erfolge in Angriff genommen.

Patient hat sich nicht mehr vorgestellt, indess war derselbe noch lange Zeit (2 Monate) nach der ersten Ausschabung im Hospitale, ohne dass ein Recidiv eingetreten wäre.

Der zweite Fall betrifft die Gilles, Maria, 32 Jahre alt, am 29. December 1875 aufgenommen, am 20. Februar entlassen. Die Psoriasis war eine sehr ausgedehnte, die Epidermis-Auflagerungen waren sehr stark.

Eine einmalige, am 28. Januar vorgenommene Ausschabung genügte, um Patientin dauernd zu heilen.

Eine Stelle und zwar auf dem Unterleibe im Bereiche des Nabels touchirte ich mit Höllenstein in Substanz. Ebenso wurde die Schamgegend, die besonders stark afficirt war, abgeschabt.

Der Kopf wurde nur zum Theil abgeschabt, indem ich befürchtete, dass der Haarwuchs unter der Behandlungsmethode leiden möchte. Die abgeschabte Stelle war sehr rasch geheilt, während der übrige occupirte Theil der gewöhnlichen Behandlung eine ausserordentliche Hartnäckigkeit entgegensetzte.

Patientin ist augenblicklich im Hospital als Dienstmädchen beschäftigt und somit noch unter Augen; sie ist bis dato von einem Recidiv frei geblieben, die Stelle unterhalb des Nabels ist narbig, der Kopf ist mit Ausnahme der nicht abgeschabten Stelle ganz frei, während letztere mit einzelnen Schuppen überdeckt ist. Die Schamgegend ist ganz frei und ihres Haarwuchses nicht beraubt.

Aus der letzten Hälfte des Jahres 1876 kann ich noch nachtragen, dass ich Patientin nochmals in Behandlung bekam und zwar wegen diffuser Psoriasis des behaarten Kopfes. Die Psoriasis nahm den ganzen behaarten Theil desselben ein, mit Ausnahme der Stelle, welche früher abgeschabt worden war. Letztere war mit einem schönen Haarwuchse geschmückt. Die psoriatischen Auflagerungen auf dem übrigen Kopfe waren sehr starke, liniendicke. Eine einmalige Abschabung genügte, um die Psoriasis innerhalb 8 Tagen zur Heilung zu bringen. — Es ist wunderbar, wie die behaarten Stellen einen solch' gewaltigen Eingriff ertragen. Bei der Abschabung derselben werden die Haare zum Theile bis auf den Schaft exclusive mit entfernt, trotzdem leidet der Haarwuchs absolut gar nicht durch dieselbe.

Ich brauche hier wohl nicht daran zu erinnern, welche Hartnäckigkeit gerade die Psoriasis des behaarten Kopfes der Behandlung entgegensetzt; während in diesem Falle 8 Tage genügten, um eine äusserst hochgradige Psoriasis des Kopfes zu heilen.

Ausserdem wurden noch abgeschabt wegen Psoriasis:

Hertling, Gertrud, am 26. Januar und 24. März. Pa-

tientin stellte sich im August nochmals vor, war sie mit einer universellen Psoriasis behaftet.

Die abgeschabten Stellen waren jedoch nicht befallen.

Siebert, Amalie, 12 Jahre alt, aus Cöln, am 8. April aufgenommen mit Psoriasis diffusa des linken Vorderarmes. Am 8. April wurde die Abschabung gemacht. 12. April geheilt entlassen.

Collbert, Elise, 28 Jahre alt, am 24. Januar aufgenommen, 2. April geheilt entlassen.

Das Gesammtresultat bei den 5 Ausgeschabten wäre also ein gutes; bei allen wurde die Heilung in relativ kurzer Zeit erreicht, wenn man bedenkt, dass die betreffenden 5 Fälle alle höchst schwere, vorgeschrittene Erkrankungen waren. Dass 3 Patienten noch längere Zeit im Hospital blieben, geschah zum Theile, weil nicht alle Stellen ausgeschabt wurden, zum Theile auch, weil andere zufällige Erkrankungen Gelegenheit gaben, über die Dauer der Heilung genauere Beobachtungen zu machen.

In 2 Fällen wurden die Patienten schon nach Ablauf von wenigen Tagen entlassen, was jedenfalls bei jeder andern Behandlung absolut unmöglich gewesen wäre.

Ich kann hier noch einen sechsten Fall anführen, welchen ich schon seit 3 Jahren von Zeit zu Zeit (3 Mal) auf 2—3 Monate wegen ausgedehnter Psoriasis in Behandlung habe.

Innerhalb 3 Monate gelang es mir stets, unter der gewöhnlichen Behandlung mit Seifeneinwicklung und nachherigen Theerbepinselungen, sowie der innern Verabfolgung von Arsenik die Affection wieder in mässige Schranken zurückzudrängen.

Patient war während der ganzen Zeit nach der letzten Entlassung aus dem Hospitale, welche vor einem halben Jahre erfolgte, dauernd in meiner Behandlung, und es gelang durch viele Seifenabreibungen und häufige Theereinpinselungen sein Hautleiden in Schranken zu halten; indess seit einem Monate, in welchem Patient wegen Ueberladung mit Arbeit die Hautcultur nicht so sorgfältig gepflegt hatte, wie früher, traten überall neue Schuppen auf, und zwar besonders in der Rima ad anum, an dem Vorderarm und Oberschenkel sind neu afficirte Stellen. Die Verdickung der Haut ist eine sehr starke.

Der Verlauf ist ein günstiger und wird Patient baldigst entlassen werden hönnen.

Mithin dürfte die Abschabung bei hartnäckiger Psoriasis sich sehr empfehlen, weil durch dieselbe jedenfalls sehr rasche Heilung erzielt wird; in Betreff der Dauer der Heilung wage ich noch keine bestimmte Antwort abzugeben, indem es ja sehr leicht auch Spiel des Zufalles sein kann, dass die Recidive bisheran relativ selten waren und dass bei eingetretenem Recidive andere Stellen befallen waren.

In 2 von den 3 Fällen hat sich kein Recidiv eingestellt, in einem Falle ist allerdings nachher ein Recidiv aufgetreten, indess die abgeschabten Stellen blieben frei. In dem 1 der 3 Fälle, in welchem die Fläche mit Höllenstein touchirt wurde, haben sich einige oberflächliche Narben gebildet, ohne dass Psoriasis eintrat. Ueber die andern Fälle kann ich in Bezug auf das Recidiv noch Nichts mittheilen. Ich würde daher in hartnäckigen Fällen, wo starke Verdickung der Haut besteht, die Abschabung und nachher Umschläge von Sodawasser 1:100 machen.

Die Heilungsdauer wurde ganz bedeutend abgekürzt und, soweit ich bis jetzt sehen kann, auch das Recidiv hintangehalten. Dem entsprechend dürfte der scharfe Löffel von allen chronischen Hautausschlägen nur bei Psoriasis mit Erfolg in Anwendung gezogen werden.

II. Affectionen der Sehnenscheiden und der Schleimbeutel.

Einmal machte ich die Auslöfflung bei einer chronischen Sehnenscheidenentzündung des extensor digitorum communis.

Pleuser, Gertrud, Ganglion auf dem dorsum manus, operirt am 9. März 1876. Ich incidirte, entfernte die massenhaft angesammelten Reiskörner mit dem scharfen Löffel und schabte die Wand ausgiebig ab. Es entstand zunächst eine acute Entzündung des Ganglion, begleitet von hohem Fieber, doch schwand dieses sofort, als ich die Incisionsöffnung erweitert und ein Drainagerohr eingelegt hatte. Der Verlauf war von da ab ein günstiger, es wurde vollständige Heilung erzielt.

In gleichen Fällen werde ich künftig von vornherein eine grosse Incision machen, und gleich ein Drainagerohr einlegen.

Bei acut eitriger Entzündung der bursae empfiehlt sich die Anwendung des scharfen Löffels sehr, nachdem vorher ihr Inneres durch einen Kreuzschnitt blossgelegt ist.

Es ist bekannt, wie stürmisch diese Entzündungen verlaufen, wie sie sich meist als phlegmonöse Entzündung auf die Umgebung fortpflanzen. In 2 Fällen, die ich im vorigen Jahre im Hospitale beobachtete, steigerte sich der entzündliche Process in der Umgebung der bursa zur septischen Phlegmone. Der eine Fall endete letal, der andere mit Genesung, aber erst nach einem monatelangen schweren Krankenlager.

Zumeist werden von der Entzündung betroffen die bursa olecrani und die bursa praepatellaris, oft in Folge eines Trauma.

Auch bei dieser Affection habe ich früher stets einen Kreuzschnitt gemacht. In letzter Zeit indess ziehe ich es vor, bei einer Entzündung der bursa praepatellaris nach der kreuzweisen Eröffnung und Entleerung die Wand des Schleimbeutels, welche sonst die Eiterung so lange zu unterhalten pflegt, auszuschaben, und dadurch den Process bedeutend abzukürzen.

Dasselbe zu thun hatte ich einmal Gelegenheit bei einer spontanen eitrigen Entzündung der bursa olecrani.

Laufenberg, Josef, 48 Jahre alt, Taglöhner aus Cöln, fiel auf den rechten Ellenbogen und kam am 13. Juni 1876 in's Hospital mit einer Anschwellung über dem Olecranon, welche sehr schmerzhaft war.

15. Juni 1876. Temperatur 39. Kreuzschnitt durch die bursa und Auslöfflung derselben.

20. Juni. Die Entzündung bleibt auf die bursa beschränkt; die Wandungen derselben legen sich schon aneinander.

6. Juli. Geheilt entlassen.

In 5 früheren Fällen von bursitis, bei denen nur ein Kreuzschnitt gemacht und die üblichen Breiumschläge angewandt wurden, war der Verlauf ein sehr hartnäckiger und führte regelmässig zu Phlegmone der Umgebung.

III. Lymphdrüsen.

Affectionen der Drüsen, sowohl die acut- als die chronisch-

eitrigen Drüsenentzündungen, eignen sich zur Behandlung mit dem scharfen Löffel. Weniger ist dies der Fall bei den tuberculösen Drüsenentzündungen, besonders wenn sie noch nicht exulcerirt sind, sowie bei den eigentlichen Lymphomen.

1. Tuberculöse Drüsenentzündungen.

Bei den tuberculösen Drüsenentzündungen ist von mir früher auch in ausgedehntem Massstabe der scharfe Löffel gebraucht worden. Nur die bereits exulcerirte tuberculöse Drüse, resp. die Drüse, welche sich der Palpation schon als erweicht erweist, ist der Auslöfflung zugängig; unter den schon exulcerirten Drüsen bestehen aber stets noch solche, welche schon im Innern zerfallen sind, indess sich noch nicht nach aussen geöffnet haben. Beschränkt man sich nun darauf, nur die exulcerirten Drüsen auszuschaben, so ist die naturgemässe Folge, dass nach einiger Zeit vielleicht durch die Operation und den durch dieselbe gesetzten Reiz die Entzündung auf benachbarte Drüsen fortschreitet, die dann wieder nach aussen aufbrechen, so dass die Wiederholung der Operation bald abermals nöthig wird.

Ich habe daher in letzter Zeit, wenn ich den Löffel trotz der tuberculösen Affection der Drüsen gebrauchte, stets in der Nachbarschaft genau nachgesehn und gefühlt, wo vielleicht noch eine Härte bestand, und hierauf, während ich mit dem linken Zeigefinger und Daumen die Härte umfasste und mir entgegendrängte, auf die Drüse präparirend eingeschnitten, bis sie sich einstellte; dann drückte ich den Löffel auf und fiel in dieselbe hinein. Durch einige drehende Bewegungen wurde jetzt der Drüseninhalt herausbefördert. So konnte ich oft in einer Sitzung, nachdem die eigentlich zu Tage liegende exulcerirte Drüse ausgelöffelt war, durch Suchen in der Tiefe und in der Umgebung noch 8—10 kleinere Drüsen entdecken, welche ausgelöffelt wurden.

Dieselben sind oft nicht grösser als eine Haselnuss, und trotzdem zeigen sie im Innern oft schon tuberculöse, käsige Heerde oder sind doch zum Mindesten entzündlich erweicht.

In letzter Zeit ziehe ich es daher besonders bei Entzündungen der Halsdrüsen, mögen sie exulcerirt sein oder nicht, vor, dieselben zu exstirpiren. Früher hielt mich die Beobachtung, dass selbige stets bis zur Carotis vordringen und meist dieselbe

in grösserer Ausdehnung verfolgen, von der Exstirpation ab, indem ich voraussetzte, dass doch nicht alle Drüsen zu exstirpiren seien. Indess hat mich die Erfahrung der letzten Zeit gelehrt, dass die Exstirpation stets rein zu ermöglichen ist. Ich habe desshalb in letzter Zeit 19 Mal tuberculöse Drüsen der Halsgegend exstirpirt, und jedesmal musste das grosse Gefässbündel in grosser Ausdehnung, 1 Mal von der Articulatio Sternoclavicularis bis zum Processus mastoideus, entblösst werden. In einem Falle begleiteten die Drüsen die Carotis von der Articulatio Sternoclavicularis bis zum Processus mastoideus und verfolgten ausserdem die Arteria subclavia, so dass die Carotis und die Subclavia im ganzen Operationsfeld zu Tage lagen. Der Verlauf war stets ein günstiger. Jedenfalls dürfte nach meiner Ueberzeugung diese Methode der Auslöffluug vorzuziehen sein, weil eben eine reine Exstirpation möglich ist. Letzteres ist wichtig, weil erstens dadurch eine erneuerte Operation verhindert wird, und weil es zweitens auch für die Gesammtconstitution des Patienten von ausserordentlicher Wichtigkeit ist, dass keine tuberculösen Infectionsheerde mehr in dem Körper des Individiums zurückbleiben und somit auch keine Metastasen im inneren für das Leben wichtigeren Organen stattfinden können.

Die Auslöfflung von tuberculösen Drüsen wurde 22 Mal gemacht bei 15 Individuen.

13 Mal waren die Halsdrüsen afficirt;
2 „ die Achseldrüsen.
6 Mal waren Kinder unter 10 Jahren davon befallen;
5 „ zwischen 10 und 20 Jahren;
2 „ zwischen 20 und 30 Jahren;
1 „ 1 Mann im 48. Jahre;
1 „ 1 Frau im 66. Jahre.

2. Acute und chronische Drüseneneiterungen.

Bei acuten und chronischen Drüseneiterungen ist der Gebrauch des scharfen Löffels ein schätzenswerthes Mittel zur Abkürzung des Processes, indess muss man auch hier ängstlich in der Umgebung jede Infiltration aufsuchen und incidiren, indem ebenso, wie bei tub. Drüsenentzündungen, in der Nachbarschaft einer eitrig entzündeten Drüse noch andere Drüsen in einem

frühern Stadium der Entzündung zu sein pflegen, welche zu gerne nachher durch Fortschreiten des Processes zu wiederholten Operationen Veranlassung geben.

Wenn man diesem Umstande hinlängliche Aufmerksamkeit schenkt, so kommt man meist mit einer Operation aus und kürzt den Process der Heilungsdauer ganz ausserordentlich ab.

Besonders hartnäckig zeigen sich die acuten Drüsenentzündungen, wo gleichzeitig die ganze Umgegend mit in eine phlegmonöse Entzündung übergegangen ist, wo das Gewebe in grosser Ausdehnung infiltrirt und mit entzündeten Drüsen, die theilweise schon in Eiterung übergegangen sind, theilweise sich erst im ersten Stadium der Entzündung befinden, angefüllt ist. Die meisten der acuten Drüsenentzündungen, welche in's Hospital kommen, sind solche phlegmonös eitrige, welche monatelang im Hospital weilen und die Geduld des Chirurgen sowie des Patienten aufreiben.

Wenn eine acute Entzündung auf die Drüse beschränkt bleibt, so ist der Verlauf ein rascher und günstiger; solche Fälle eignen sich sehr zur ambulanten Behandlung. Nach einer Incision und Entleerung des Eiters heilt meist die Drüse rasch aus. Patienten, mit solchen Drüsenentzündungen behaftet, suchen daher auch selten Hülfe im Hospitale. Wenn dies indess geschah, so genügte eine Incision und Auslöfflung, um innerhalb kürzester Zeit die Erkrankung zum Abschlusse zu bringen.

Als einfache, auf eine Drüse beschränkte, acut eitrige Entzündung kam dieselbe nur 13 Mal vor und zwar 5 Mal am Halse, 2 Mal in der Achselhöhle und 6 Mal in der Leiste. Eine einmalige Auslöfflung genügte hier stets, um die vollständige Heilung zu erzielen.

Als phlegmonös ausgebreitete acute Drüseneiterung kam dieselbe 8 Mal in der Achselhöhle, 18 Mal am Halse, 16 Mal in der Leistengegend vor. In den meisten Fällen genügte auch hier eine einmalige Auslöfflung. Ich suche ebenso, wie bei tuberculöser Drüsenentzündung, vorsichtig in der Umgebung, wo sich noch eine Härte befindet, und verfehle dabei fast nie, in der Härte eine entzündete Drüse zu entdecken, die meist auch schon in Eiterung übergegangen, zuweilen indess nur entzündlich erweicht ist. Dies bleibt jedoch für die Behandlung gleich; eine

acut entzündete Drüse muss ebenso ausgelöffelt werden, wie eine eitrig entzündete.

Seitdem ich diese Vorsichtsmassregel gebrauche, ist es nicht so oft nöthig, die Auslöfflung zu wiederholen. wie früher. Bei 5 musste die Auslöfflung 2 Mal wiederholt werden; bei 2, 3 Mal; bei 3, 4 Mal; bei 1 sogar 5 Mal, so dass bei 14 Individuen die Auslöfflung 96 Mal gemacht werden musste. Leider kann ich über die Heilungsdauer nicht genauen Aufschluss geben, es würde dies die Arbeit um ein ganz Bedeutendes vergrössern. Jedenfalls steht soviel fest, dass die phlegmonösen Bubonen viel rascher zur Heilung kommen, als bei jeder andern Behandlung. Während sonst fast ausnahmslose alle die hier in Betracht kommenden Fälle Monate und selbst halbe Jahre lang im Hospital verbleiben, ist es jetzt eine Ausnahme, dass Einer länger als 6 Wochen daselbst festgehalten wird. Es liegen allerdings auch einige Fälle vor, welche mehrmals ausgelöffelt werden mussten, und welche Monate lang im Hospital waren; bei einer andern Behandlung bin ich indess überzeugt, wären sie noch viel länger dort geblieben; und ausserdem betreffen diese Fälle alle solche Individuen, bei denen ich noch nicht so sorgfältig in der Umgebung nach jeder etwa vorhandenen Infiltration suchte und dieselbe incidirte, wie ich es jetzt thue.

Die Operation hat niemals einen unangenehmen Zufall herbeigeführt, wiewohl es nicht zu leugnen ist, dass dieselbe, besonders bei der Beobachtung der eben angedeutenden Vorsichtsmassregeln, eine sehr ausgedehnte ist, dass die Methode etwas Rüdes an sich trägt, die Umgebung schwer insultirt, und oft oder stets in unmittelbarer Nachbarschaft von grossen Gefässen, z. B. in der Leiste und der Achselhöhle, vorgenommen wird. Trotzdem habe ich nie ein unangenehmes Accidenz nach der Auslöfflung beobachtet. Das Einzige, was ich zuweilen in den ersten Tagen Gelegenheit hatte zu sehen, war eine hohe Temperatur, welche oft bis 40 stieg. Wenn jedoch Patient hierauf verbunden wird, so fällt die Temperatur meist schon am ersten Tage, jedenfalls indess am zweiten, um dann dauernd niedrig zu bleiben, so dass der Kranke meist nur alle 8—14 Tage verbunden zu werden braucht. Die Nachbehandlung wird natürlich nach Thiersch geleitet.

Wenn die acut eitrigen Drüsenentzündungen von der Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt sind, so ziehe ich es in letzter Zeit vor, wegen der glatten, schönern Operationsmethode, und weil die Heilungsdauer hierdurch noch mehr abgekürzt wird, die Drüse zu exstirpiren. Ich habe auch hiernach nie ein unangenehmes Accidenz beobachtet; indess selten eignen sich die Drüsenentzündungen dazu.

Bei acuten und chronischen Drüseneiterungen ist also die Auslöfflung der einfachen Incision vorzuziehen, weil erstere unter Beobachtung der gegebenen Vorsichtsmassregeln die Heilungsdauer ganz entschieden abkürzt.

Wenn das Drüsenpaquet sich jedoch in etwa von der Umgebung abgrenzt, so ziehe ich die Exstirpation mit dem Messer der Auslöfflung vor, weil Erstere eine glattere Wunde setzt und eine kürzere Heilungsmethode erzielt. Ich glaube sogar, dass es nicht so absolut nöthig ist, dass die Grenze eine scharf markirte sei, indem ja um jede Drüsenentzündung ein leichtes Oedem der Umgebung besteht, und weil die Abgrenzung in Wirklichkeit in der Tiefe schärfer ist, als sie bei der äusserlichen Inspection und Palpation erscheint.

Weil ich von der Ansicht ausgehe, dass die Heilungsdauer bei der Excision mit dem Messer oder der Scheere kürzer sei, als bei der Auslöfflung, und dass eine evacuirte Drüsenkapsel sich viel schlechter aneinanderlege, als die Höhle, welche entsteht nach der Exstirpation einer Drüse, so habe ich in jüngster Zeit bei einem Herrn X., Pensionär, Kaufmann aus Cöln, das ganze Drüsenpaquet in der Leiste, welches in einem phlegmonös entzündeten Gewebe lag, excidirt. Der entfernte Knoten umschloss hier zum Mindesten 5—6 einzelne, theils eitrig infiltrirte theils nur entzündete Drüsen.

Nach der Exstirpation des Paquets lag eine Höhle zu Tage, worin man eine geballte Faust bergen konnte. Verband nach Thiersch. Der Verlauf war ein äusserst günstiger; nach 14 Tagen wurde Patient zum ersten Male verbunden, ohne dass Fieber die Indication zum Verbandwechsel abgab.

Jetzt trat zum ersten Male, wie so häufig nach dem Verbandwechsel für 2 Tage Temperaturerhöhung ein. Nach Verlauf von 14 Tagen (also 4 Wochen nach der Operation) wird Pati-

ent zum zweiten Male verbunden. Die Höhle ist fast ganz mit Granulationen ausgegossen, und kann Patient bald entlassen werden.

Indess in allen Fällen ist die Excision nicht so leicht möglich, daher wird in den meisten Fällen von phlegmonöser eitriger Drüsenentzündung die Auslöfflung in ihrem Rechte bestehen bleiben.

Bei tuberculösen exulcerirten Drüsen würde ich nur in dem Falle die Auslöfflung machen, wenn die Drüsen sich scharf abgrenzen lassen und wenn die Wahrscheinlichkeit dafür spricht, dass sie nicht in die Tiefe dringen, und somit eine reine Auslöfflung möglich ist. In diesem Falle möchte wohl eine Auslöfflung, weil sie viel bequemer in ihrer Ausführung ist, der Exstirpation vorzuziehen sein.

Jedoch auch hier ist die reine Entfernung alles Kranken viel mehr gesichert durch die Exstirpation mittelst des Messers, indem meistens über Erwarten viele Drüsen in der Tiefe afficirt sind und besonders am Halse in der Nähe des Gefässbündels noch kleinere, im ersten Stadium der Entzündung begriffene Drüsen liegen, welche bei der Auslöfflung sicher übersehen werden.

3. Andere drüssige Organe.

Die Auslöfflung kann nicht nur bei den Affectionen der Lymphdrüsen, sondern auch bei denen aller andern dem Löffel zugängigen Drüsenorgane in Anwendung gezogen werden.

Ich hatte 3 Mal Gelegenheit, dies bei Tuberculosis des Hodens zu thun; in jedem Falle hat der Löffel ausgezeichnete Dienste geleistet.

Herr X. aus Westfalen litt schon seit 5 Jahren an fistulöser linksseitiger Hodenentzündung. Alle ärztlichen Bemühungen durch Incisionen, welche von Zeit zu Zeit wegen neu sich entwickelnder Abscesse nöthig wurden, das örtliche Leiden zur Heilung zu bringen, misslangen. Von einem Arzte war die Castration vorgeschlagen worden, indem einerseits das örtliche Leiden die Gesammtconstitution zu untergraben drohte, und andererseits der Hoden jedenfalls zu seiner ursprünglichen Bestimmung sicherlich Nichts mehr beitrug, da das Hodengewebe ganz zu Grunde gegangen. Indess die Erhaltung eines auch nur bindege-

webig entarteten, nicht mehr secernirenden Hodens ist für das Bewusstsein des Patienten höchst wichtig. Ich musste die Auslöfflung ein zweites Mal machen.

Beim 1. Male beging ich den Fehler, dass ich nicht jede Infiltration, unbesorgt darum, ob dort sich Fluctuation nachweisen liess oder nicht, incidirte.

Man muss dieses stets thun und wird sich dabei selten enttäuscht finden, sondern meist einen, wenn auch kleinen Heerd auffinden. Nach der zweiten mit Beobachtung dieser Regel vorgenommenen Auslöfflung ging die Heilung rasch von statten.

Im zweiten Falle, wo ich dieser Regel gleich folgte, heilte die Tuberculosis rasch aus.

Der zweite Fall betrifft Herrn X. aus Deutz, welcher schon seit einem halben Jahre in der Ambulanz von mir mit Incision und Breiumschlägen etc. behandelt wurde, ohne dass irgend etwas Erkleckliches erzielt wurde. Immer entstanden an entfernten Punkten neue tuberculöse Erweichungsheerde, so dass ich mich zuletzt zur Auslöfflung entschloss. Hierbei entdeckte ich an vier verschiedenen Stellen in verschiedenen Infiltrationen, die auch absolut keine Andeutung einer Fluctuation zeigten, kleinere Eiterheerde, welche ausgeschabt wurden. Nach der Operation war der Hoden nach den verschiedensten Richtungen durchfurcht.

Der Verlauf war ein günstiger; Patient wurde nach 6 Tagen schon entlassen und ambulatorisch weiter behandelt.

In letzter Zeit gebrauche ich den scharfen Löffel auch zur Auslöfflung von Eiterheerden in der Mamma; hier muss man auch, sobald man einmal zur Operation schreitet, überall ängstlich jede Härte aufsuchen und incidiren, darum unbekümmert, ob man wirklich Fluctuation nachweisen kann, oder nicht. Man wird sich selten täuschen und meist einen Abscess entdecken. Die Abscesshöhle schabe ich mit dem Löffel aus, der Process wird hierdurch ganz entschieden abgekürzt.

IV. Knochenaffectionen.

Bei Knochenaffectionen kam die Auslöfflung auch oft zur Anwendung, und zwar besonders bei Caries centralis, ausserdem wurde der Löffel vielfach gebraucht zur Auslöfflung von Todtenladen bei Necrosis.

Bei Caries fand ich die Operation am hiesigen Hospitale schon seit einer langer Reihe von Jahren mit bestem Erfolge im Gebrauche.

Die Ausschabung wurde 60 Mal gemacht wegen Knochen-Affection, und zwar 9 Mal wegen Caries in Gelenken und 51 Mal wegen Caries an Knochen ohne Betheiligung der Gelenke.

a. In den Gelenken betraf die Caries 7 Mal den Ellenbogen, 1 Mal das Hüftgelenk, 1 Mal das Kniegelenk.

Die Auslöfflungen von einzelnen Gelenktheilen in Fällen, in denen gleichzeitig die Resection gemacht wurde, habe ich nicht besonders angeführt.

Leider kann ich von der einfachen Auslöfflung der Gelenke nicht das Günstige berichten, was Volkmann darüber mittheilt. Ich habe mir alle Mühe gegeben die etwaigen Fehler, welche ich bei der Ausübung dieser Operation begangen haben könnte, ausfindig zu machen, indess ist mir dieses bisheran nicht gelungen. Ich fürchte nicht so sehr die Eröffnung eines schon cariös afficirten Gelenkes.

Der Verlauf hat mir vielmehr gezeigt, dass die Eröffnung und auch die Auslöfflung eines solchen Gelenkes gut ertragen wird.

Allerdings ist einer der Patienten, welche dieser Operation unterworfen wurden, nachträglich gestorben, jedoch in Folge eines einfachen Erysipels.

Es will mir aber nicht recht gelingen, den ganzen erkrankten Heerd zu finden und alles Krankhafte zu entfernen. Wenigstens habe ich in allen Fällen nachträglich, nachdem ich glaubte, dass Alles auf dem besten Wege der Heilung begriffen sei, durch die zurückbleibende, sich nicht schliesende Fistel mit der Sonde nachweisen können, dass entweder während der ersten Operation übersehene Erkrankungsheerde zurückgeblieben, oder dass durch den seitens des Löffels auf den Knorpel des Gelenkes oder auf einen noch damals nicht entzündeten Knochen ausgeübten Insult neue Erkrankungsheerde, getrennt von den ersten, entstanden sind.

Ich bin daher auch in jüngster Zeit von der Auslöfflung der Gelenke ganz zurückgekommen und habe wieder der totalen Resection den Vorzug gegeben, wenigstens bei den Fällen, wo die Form des Gelenkes ein allgemeines Ergriffensein desselben

mit Bestimmtheit vermuthen lässt, oder wo die Auslöfflung schon vergeblich versucht worden ist. In den Fällen indess, wo die Affection des Knochens sich, wie man mit einiger Bestimmtheit annehmen darf, noch auf die primaer afficirte Stelle beschränkt, vielleicht das übrige Gelenk noch nicht ergriffen und wenn auch, so doch nicht total destruirt ist, gebe ich der Auslöfflung den Vorzug. So habe ich augenblicklich drei Patienten im Hospitale, bei denen die Gelenkaffection noch eine sehr beschränkte ist, — in einem Falle war das Gelenk gar nicht afficirt, aber bei der Auslöfflung wurde es eröffnet — alle drei Fälle verlaufen günstig; in den beiden ersten war der Condylus externus des Humerus, in dem dritten Falle das Olecranon afficirt.

Der Verlauf war in allen drei Fällen ein günstiger; in einem besteht allerdings eine Fistel, welche noch auf rauhen Knochen führt und vielleicht nochmals eine Auslöfflung nöthig macht. Die beiden übrigen sind ausgeheilt.

b. Anders stelle ich mich im Allgemeinen zu der Frage der Auslöfflung bei Caries der Knochen ohne Betheiligung der Gelenke.

Bei Caries der Knochen ausserhalb der Gelenke ist die Auslöfflung das einzige Mittel zur Heilung. Sie wurde, wie oben gesagt, 51 Mal an Knochen ausserhalb der Gelenke gemacht, und zwar bei 40 Individuen; bei 11 wurde sie wiederholt.

Der Löffel wurde gebraucht:

2	Mal	bei	Caries	des	Stirnbeines.
5	„	„	„	„	Processus mastoideus.
1	„	„	„	„	innern Ohres.
2	„	„	„	„	Unterkiefers.
3	„	„	„	„	Oberkiefers.
5	„	„	„	„	Metacarpus.
5	„	„	„	der	Phalangen (spina ventosa).
2	„	„	„	des	Beckens.
2	„	„	„	„	femur.
1	„	„	„	„	condylus ext. femoris.
8	„	„	„	der	Tibia.
2	„	„	„	„	Fibula.

10 Mal bei Caries der Fusswurzelknochen.
(4 Mal war der Calcaneus allein afficirt,
1 „ der Talus,
1 „ das os cuboideum,
4 „ waren verschiedene Tarsalknochen afficirt.)
2 Mal bei Caries des Metatarsus.
1 „ „ „ phalangum pedis.

Die Auslöfflung der Knochen ausserhalb des Gelenkes ist absolut gefahrlos; kein Einziger der Patienten ist in Folge des chirurgischen Eingriffes gestorben, wohl mehrere nachträglich, jedoch durchaus unabhängig von der Operation. Die Heilung ist in den meisten Fällen erzielt worden.

Gehe ich die einzelnen Knochen der Reihe nach durch, und fange mit dem os calcaneum an, so kann ich in Bezug auf die Auslöfflung desselben nicht das Günstige mittheilen, wie es von anderer Seite geschehen ist; im Gegentheil ist bisheran kein Fall geheilt worden. Ich bin daher in jüngster Zeit zu einer andern Behandlungsmethode übergegangen, und habe 7 Mal das Os calcaneum exstirpirt, bei 6 Kindern und einem alten Individuum.

Der Erfolg war ein so günstiger, dass ich in Zukunft stets die totale Resection der Auslöfflung vorziehen werde. Die ganze Höhle schliesst sich viel rascher ohne Zurückbleiben einer Fistel und es resultirt ein brauchbarer, beweglicher Fuss, welcher eine gute Stütze gewährt.

In 5 Fällen trat Heilung ein, in einem, wo die Resection wegen des hohen Alters, welches mir auch in Zukunft eine Contraindication gegen dieselbe sein wird, gesellte sich nachträglich Entzündung des Fussgelenkes hinzu, und musste die Amputatio cruris gemacht werden, welche Patient gut überstanden hat. Die Resection ist bei alten Individuen eine sehr schwierige, jedenfalls muss man bei ihnen den Schnitt äusserst gross machen; ich hatte denselben, die Grösse des Knochens ausser Acht lassend, zu klein gemacht und rief hierdurch bei der Operation eine grosse Insultation der Weichtheile hervor und vielleicht eine

Verletzung des Knorpels des Talus, welche eine Entzündung des Talus und im Anschlusse an diese secundär eine Entzündung des Fussgelenkes zur Folge hatte. In dem ersten Falle von Resection des Calcaneus, welche 3 Mal nacheinander in einigen Tagen gemacht wurde, entstand eine höchst rasch fortschreitende septische Phlegmone. Auch in diesem Falle glaube ich das eben Erwähnte wiederholen zu müssen, dass der Schnitt etwas zu klein ausgefallen war, und die Knorpel des Talus oder des Os cuboideum verletzt worden waren, so dass eine unmittelbare Entzündung der benachbarten Knochen und Gelenke die Folge der Operation war und den Tod herbeiführte. Die übrigen Fälle verliefen alle sehr günstig, ohne jegliche Reation. Die Heilung wurde in relativ kurzer Zeit erreicht.

Den Schnitt habe ich, unterhalb des Malleolus internus beginnend, in horizontaler Richtung hufeisenförmig nach hinten um die Hacke herumgeführt bis zur Gegend der Gelenkverbindung zwischen Os calcaneum und Os cuboideum. Derselbe drang direct bis auf den Knochen durch. Darauf präparirte ich zuerst die Fersenkappe nach unten ab, natürlich mit Erhaltung des Periostes, dann das Periost nach oben; und wenn beides in ausgiebiger Weise geschehen, so ist es wunderbar, mit welcher Leichtigkeit sich der Knochen hervorheben lässt. In dem einem Falle, welcher tödtlich verlief, hatte ich diese Methode noch nicht befolgt, sondern ich war direct auf's Gelenk los gegangen und hatte dabei die benachbarte Gelenkfläche insultirt.

Ausgezeichnet bewährt sich der Löffel bei der Caries des Processus mastoideus.

Wie hartnäckig diese Caries, wie häufig, nachdem man den Process durch Zuheilen einer oft Jahre alten Fistel schon für abgelaufen hält, eine erneuerte Periostitis Einen daran erinnert, dass in der Tiefe der eigentliche Krankheitsheerd noch weiter schlummert, wie häufig andererseits das Leiden zur Destruction des Gehörsinnes führt, ist genügend bekannt, und dürfte daher jedes Mittel, welches diesen langwierigen Process abzukürzen im Stande ist und gar zur dauernden Heilung führt, freudig zu begrüssen sein.

Der scharfe Löffel ist dieses zu leisten im Stande. Nach gemachter Incision dringt man mit demselben in die erweichten

Zellen des Processus mastoideus ein und schabt alles Weichzellige fort, bis der harte Widerstand der Rinde resp. der Pyramide Einen am Weiterdringen verhindert.

Auf diese Weise habe ich 5 Patienten in kurzer Zeit (2 ambulatorisch) zur dauernden Heilung gebracht.

Bei Caries oberflächlich gelegener Knochen wie des os frontis, des Unterkiefers, des Acromion, der Tibia und Fibula etc. kam der Löffel, wie obige Tabelle ergibt, ebenfalls entweder allein oder combinirt mit dem Meissel zur Anwendung und zwar in allen Fällen mit Erfolg.

Der Löffel ist hier oft das einzige Mittel gegen ein Leiden, welches früher fast gar nicht der Behandlung zugängig war, wo der Naturheilkraft der grösste Spielraum überlassen blieb, wo vielleicht nachträglich nach Jahr und Tag, wenn es überhaupt zur Heilung kam, eine spontane Heilung eintrat, nachdem die Constitution während dieser Zeit mehr denn einmal gefährdet war. Hierher gehören auch Caries necrotica, wie sie so häufig an der Tibia, sei es am obern oder untern Ende derselben, vorkommt, wo der Verlauf stets ein äusserst langwieriger und zeitraubender ist. Hier ist der Löffel mit dem Meissel allein im Stande, innerhalb einiger Monate eine Heilung herbeizuführen. So habe ich in der Privatpraxis eine Caries necrotica des untern Endes der Tibia ausgelöffelt, welche erst 6 Wochen alt war; selbige heilte in weitern 6 Wochen aus.

Ferner empfiehlt der scharfe Löffel sich bei Abscessen im Innern der Knochen. So habe ich denselben zur Anwendung gebracht bei einer Frau T r i e z aus Schreck und bei einem Arbeiter aus Rodenkirchen, wovon Letzterer 6 Jahre an den fürchterlichsten Schmerzen am obern Ende der Tibia litt. Dieselbe war am obern Ende etwas aufgetrieben. Die Knochenrinde wurde aufgemeisselt, der Abscess ausgelöffelt und zur Heilung gebracht.

Ferner habe ich in ähnlicher Weise in jüngster Zeit eine cylindrisch aufgetriebene Fibula (im obern Drittel) aufgemeisselt und ausgelöffelt. Das Kind ist in der Ambulanz operirt worden und wird von dem Hausarzt nachbehandelt, so dass ich über das Endresultat noch keinen Aufschluss geben kann; indess ist der Verlauf bis jetzt ein günstiger und die schliess-

liche Heilung ganz bestimmt zu erwarten. Der Knochenabscess hatte sich hier schon durch das Ligamentum interosseum nach innen von der Tibia in der Wade geöffnet.

Sodann habe ich in dem Radius eines 3 Jahre alten Kindes einen Knochenabscess mit Erfolg ausgelöffelt.

Bei Knochenabscessen ist der Meissel und scharfe Löffel ein radicales Heilmittel.

Bei Caries des innern Ohres zog ich ebenfalls einmal, nachdem alle anderen Mittel wirkungslos geblieben waren, den scharfen Löffel in Anwendung.

Der Verlauf war ein günstiger und Heilung wurde erzielt.

Kurz gefasst kann man sagen, dass bei Caries die Auslöfflung ein ausgezeichnetes Mittel ist für alle Knochen, welche nicht in unmittelbarster Nähe der Gelenke liegen, und nicht zu porös sind, denn bei porös entzündeten Knochen kann man oft die Grenze des Krankhaften nicht finden. Das schwammige Gewebe der porösen Knochen ist so weich, dass man mit dem Löffel sehr leicht weit in das Gesunde hineinschabt, und besonders leicht geräth man bei den Fusswurzelknochen, welche mit schwachen Rinden versehen sind, in den Knorpel und in die benachbarten Gelenke.

Daher habe ich bei Caries der Fusswurzelknochen mehrmals auslöffeln müssen, und doch wurde keine Heilung erzielt; die Entzündung wanderte von einem Knochen resp. von einem Gelenke zum andern.

Dem entsprechend kann ich, wenn ich den Gesammteindruck, welchen ich von der Auslöfflung am Carpus und Tarsus empfangen habe, wiedergebe, sagen, dass ich von den Ausschabungen bei diesen Knochen wenig Erfolg hatte. Ich ziehe daher bei Caries der Handwurzelknochen die Resection vor und zwar die der sämmtlichen, wie ich schon im Jahresberichte erwähnte. Eine partielle Resection ist desshalb unstatthaft, weil in der Folge die nicht resecirten Gelenke wiederafficirt werden.

Bei den Fusswurzelknochen glaube ich der queren Amputation trotz allem innerlichen Sträuben den Vorzug geben zu müssen, wenngleich ein Fall von totaler Resection und einer von partieller Resection glücklich verlief; zu einem endgültigen, abschliessenden Urtheile bin ich bisheran noch nicht gelangt.

Bei centraler Caries der Metacarpalknochen habe ich früher stets die Auslöfflung gemacht, indess stets musste die Operation mehrmals wiederholt werden, ehe eine Heilung eintrat.

Von den Epiphysenenden aus traten immer erneuerte Entzündungen ein, so dass ich jetzt bei centraler Caries eines Metacarpus oder Metatarsus immer den ganzen Metatarsus oder carpus fortnehme. Anders verhält sich die Sache bei centraler Caries oder sog. Spina ventosa der Phalangen.

Hier die ganze Phalanx fortzunehmen, halte ich nicht für zweckmässig, indem nachträglich stets eine Verkürzung eintritt; auf der andern Seite zieht die einfache Ausschabung derselben und Entfernung der central gelagerten necrotischen Splitter die Heilung sehr in die Länge; daher glaube ich, dass man allen Indicationen genügen wird, wenn man die eine Seite der Phalanx um die entstandene Fistel herum abmeisselt und an der der Fistel entgegengesetzten Seite einen Theil stehen lässt, um so einestheils die natürliche Länge der Phalanx zu sichern, und anderestheils durch Abflachung der Höhle günstigere Bedingungen für die Heilung herbeizuführen. Bei dem Metatarsus und Metacarpus ist es jedenfalls zweckdienlicher, den ganzen cariösen Heerd zu entfernen, indem keine Gefahr vorliegt, dass eine Retraction eintritt, da hier die benachbarten Metacarpen als natürliche Strebepfeiler der Retraction entgegenarbeiten.

Ich habe in letzter Zeit stets die Metatarsi und Metacarpi in ihrer ganzen Länge entfernt und niemals etwas Unangenehmes danach beobachtet, im Gegentheil immer eine raschere Heilung erzielt, sogar einmal innerhalb 14 Tagen. Es würde mich hier zuweit abführen, wenn ich mich auf diesen Gegenstand weiter einlassen und durch Zahlen diese Behauptung stützen wollte. So weit ich demnach bis jetzt sehen kann, ist bei centraler Caries der Metatarsi oder Metacarpi die Totalresection der Auslöfflung vorzuziehen, und wird innerhalb kurzer Zeit, ohne dass die Gefahr einer Sehnenscheidenentzündung, resp. Ausdehnung der Entzündung auf andere Knochen oder Gelenke vorhanden ist, die Heilung erreicht.

V. Affectionen der Schleimhaut.

In ebenso ausgedehntem Massstabe und mit ebenso günstigem Erfolge wird der Löffel bei den Schleimhautaffectionen gebraucht. Bei den Krankheiten der Schleimhaut macht der scharfe Löffel wegen der naturgemäss versteckten Lage derselben dem Messer den Rang oft streitig.

Ich werde bei den Krankheiten der Schleimhaut, da sie in den verschiedenen anatomischen Lagen auch ganz verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen, diesem Umstande Rechnung tragen müssen und dem entsprechend die Krankheiten derselben nach den einzelnen Organen abhandeln.

Bisheran kam der Löffel hierselbst zur Anwendung bei den Krankheiten:

1. Des weiblichen Genitalapparates.

Mehrmals wurde er mit Erfolg gebraucht bei syphilitischen Ulceribus, welche jeder örtlichen und allgemeinen Behandlung auf's Hartnäckigste widerstanden. Bisweilen gelang es hierbei, mit einer Operation die Vitalität des sonst indolent und hartnäckig stillstehenden Geschwürs umzuwandeln, bisweilen musste die Auslöfflung mehrmals wiederholt werden.

2 Mal kam der Löffel zur Anwendung bei syphilitischen Geschwüren, welche um die Urethra herum gelagert und tief in dieselbe hineindringend, Monate lang jeder Behandlung trotzten. Bei zweien lag das Ulcus an der hintern Commissur und war ebenso hartnäckig in seinem Verlaufe. Die Ränder der Geschwüre waren erhaben, callös, scharfrandig, der Boden derselben vertieft und infiltrirt.

Das Geschwür reichte bei den ersteren rund um die Urethra herum und drang tief in dieselbe hinein; mit dem palpirenden Finger konnte man die Ausbreitung desselben bis zum Sphincter verfolgen.

Bei einer interessanten Affection der Scheide hatte ich Gelegenheit den scharfen Löffel zu gebrauchen. Ich führe den Fall etwas genauer an, weil er einiges Interesse bietet, sowohl wegen der Affection selbst, als auch wegen der speciellen Behandlung mit dem scharfen Löffel.

Böcher, Elise, 19 Jahre alt, Magd aus Duisburg, wurde am 15. Juli aufgenommen wegen Scabies und Mastitis.

Patientin war im 7. Monate schwanger und litt an ganz heftigem eitrigen Scheidencatarrh. Bei der Untersuchung der Scheide ergab sich, dass eine bedeutende, nach Unzen zu berechnende Quantität eines rahmigen Eiters in der Scheide angesammelt war. Ausserdem aber war die ganze Scheide mit linsengrossen, hochrothen, zottigen trachomähnlichen Knötchen austapeziert. Die ganze Scheide hatte ein himbeerartiges Aussehen. Die Labia minova waren ebenfalls, indess mit kleinern, blassern, linsenkorngrossen Körnchen übersät.

11. August 1876 machte ich die Ausschabung der vordern Vaginalwand.

15. August. Die vordere Vaginalwand ist ziemlich glatt, das Scheidensecret viel geringer. Heute wurde nochmals eine Abschabung und zwar besonders der hintern Wand vorgenommen.

20. August. Die Vaginalwand ist überall fast ganz glatt, nur hier und da bestehen noch einzelne Knötchen, welche abgeschabt werden müssen. Die Secretion ist eine höchst geringe, so dass eine einmalige Abschabung genügen wird, um eine dauernde Heilung herbeizuführen. Die zweimalige Operation hatte gar keinen Einfluss auf die Schwangerschaft.

Breite Condylomata, so wie ausgedehnte spitze Condylomata sind der Behandlung mit dem scharfen Löffel sehr zugängig, der Erfolg ist stets ein günstiger.

Geschwüre des Uterusmundes habe ich 6 Mal mit dem scharfen Löffel ausgeschabt, besonders dann, wenn sie sehr ausgedehnt, der Muttermund stark verdickt war und die Patientinnen eine Excision verweigerten. Der Verlauf war stets ein günstiger und die Heilungsdauer eine bedeutend abgekürzte. Es trat keine Verengung des Muttermundes ein.

Natürlich eignen sich auch die bösartigen Geschwüre, Neubildungen des Cervix ut. und des Uterusmundes zur Behandlung mit dem scharfen Löffel.

Leider kamen hierselbst die mit Krebs der Muttermundslippen behafteten Patientinnen erst dann in's Hospital, wenn das Neugebilde ganz colossale Ausdehnung angenommen, wenn die Scheide schon von dem Neugebilde ganz blockirt war, wenn das-

selbe schon das kleine Becken ausfüllte, und auf die Nachbargebilde Mastdarm und Blase übergegriffen hatte.

Es liegen auf meiner Station fast dauernd 3—4 am Uteruskrebse erkrankte Frauen, bei deren Anblick unwillkürlich die Humunität den Wunsch wachruft, dass dem Leiden doch recht bald ein Ende gemacht werden möge.

So lange ich mit dem Messer Alles entfernen kann, würde ich demselben den Vorzug geben; wenn indess eine reine Exstirpation nicht mehr möglich ist, so werde ich nur dann zum Löffel greifen, wenn etwa die Secretion eine ausserordentlich starke ist, oder wenn häufige Blutungen dem Leben der armen Dulderin gefährlich werden.

In diesem Falle gelingt es noch oft durch Ausschabung die Secretion zu mindern, den Zerfall des Gewebes aufzuhalten und für einige Zeit eine bessere Granulationsfläche hervorzurufen, die Blutung zu stillen und somit den allgemeinen Kräftezustand zu heben.

Die Operation wurde im Ganzen 7 Mal gemacht bei 7 Individuen.

Bei Catarrh wie bei einfacher Endometritis habe ich den scharfen Löffel gebraucht. Die Auslöfflung, die 3 Mal gemacht wurde, wurde gut ertragen, ohne dass ich gerade eine besondere Wirkung in Bezug auf die Heilung berichten könnte.

Radicale Wirkung zeigt der scharfe Löffel bei der sogenannten Endometritis haemorrhagica, wie ich sie 2 Mal zu beobachten Gelegenheit hatte bei Frauen, welche im Uebergangsstadium zu den climaterischen Jahren standen.

In diesen Fällen entfernte ich mit dem Löffel granulationsähnliche Massen.

Die Patientinnen konnten nach 14 Tagen dauernd geheilt entlassen werden.

Wenn einige Vorsicht in der Handhabung des Löffels gebraucht wird, so ist die Auslöfflung der Gebärmutterhöhle nicht gefährlich, ich habe nie etwas Gefahrdrohendes nach derselben beobachtet. Die Ausschabung wegen Endometritis haemorrhagica wurde 6 Mal gemacht; stets mit sehr gutem Erfolge.

Zwei Mal habe ich die Gebärmutterhöhle wegen Neubildung in derselben ausgelöffelt.

Einmal war die Ausbreitung eines Carcinoma orificii, statt wie gewöhnlich sich vom orificium uteri auf die Scheide auszudehnen, in das Innere der Gebärmutterhöhle hinauf gestiegen, und traten hierbei besonders starke Blutungen ein.

Fräulein H. wurde schon vor einem halben Jahre von einem Spezialisten wegen Epithelioma cervicis uteri operirt, worauf für kurze Zeit eine Besserung eintrat; indess bald stellten sich die Blutungen mit erneuerter Vehemenz wieder ein, die Schmerzen stiegen auf's Höchste.

Bei der örtlichen Untersuchung ergab sich, dass der Uterusmund ziemlich frei war; wenn indess der Finger in die Gebärmutterhöhle eindrang, so entdekte man die Cervical- und Gebärmutterhöhle mit Krebsmasse ausgefüllt, und es trat eine reichliche Blutung ein; der Uterus war bedeutend vergrössert, indess die äussere Oberfläche glatt.

Um der Blutung Herr zu werden, schlug ich die Auslöfflung vor, wozu Patientin sich auch rasch entschloss.

Ich entfernte mit dem Löffel aus der Cervical- und Gebärmutterhöhle die Krebsmasse, bis ich an dem veränderten Widerstande das Uterusgewebe erkannte und Alles entfernt zu haben glaubte.

Der Verlauf war ein sehr günstiger. Die Blutungen hörten auf. Patientin erholte sich sichtlich. Indess nachher haben sich die Blutungen wieder eingestellt und cessiren augenblicklich gar nicht mehr.

Bei einer andern Frau, Kubler, Elise, 49 Jahre alt, aus Düren, aufgenommen den 5. October 1875, entlassen den 3. November 1875, bestanden seit einem halben Jahre heftige Blutungen aus der Gebärmutterhöhle. Patientin war ungemein schwach, fast pulslos, die Gesichtsfarbe war äusserst anaemisch, gelb, und liess Letzteres schon ein bösartiges Neugebilde vermuthen.

Die örtliche Untersuchung ergab Nichts, der Uterus war nur stark vergrössert, und bei der Untersuchung mit der Sonde floss stinkende Jauche und viel Blut aus der Gebärmutterhöhle.

Ausschabung einer äusserst weichen Masse.

Der Verlauf war ein sehr günstiger. Patientin erholte sich sehr rasch, wurde nach 14 Tagen vollständig umgewandelt, kräf-

tig und wohl aussehend entlassen; sie hat sich bisheran nicht mehr vorgestellt.

2. Bei Mastdarm-Affectionen

kam die Ausschabung nur bei Carcinoma recti zur Anwendung und zwar in 5 Fällen.

Die Indication für die Ausschabung ist hier gegeben in den Fällen, wo die Excisio mit dem Messer wegen zu grosser Ausdehnung entweder in der Breite oder entlang dem Rectum unmöglich und andererseits die Kothentleerung sehr behindert ist. Geht das Neugebilde höher als 4 Zoll hinauf, so ist wohl nicht leicht mehr an eine reine Exstirpation zu denken, ohne das Peritonaeum zu verletzen, während es wohl noch möglich ist, centralwärts gelegene Krebsmassen auszuschaben und auf solche Weise ein neues Darmlumen zu schaffen. Ebenfalls kann eine reine Exstirpation nicht mehr möglich sein wegen zu grosser Ausdehnung nach den Seiten hin. Die Krebsmasse ist dann wie fixirt im Becken, lässt sich nicht in die Höhe heben, dabei ist das Darmlumen so verlegt, dass oft in grosser Entfernung vom Anus der Koth durch Fisteln herausdringt. Hier kann man sich einen Weg durch die Krebsmasse selbst bis zum unversehrten Darmlumen bahnen, wie ich es in einem Falle gethan habe. Die Frau befindet sich augenblicklich noch relativ sehr wohl auf der Station, der Koth hat noch seine normale Entleerung.

Einer von den 5 Operirten starb indess in Folge von Pyaemie.

3. Bei Blasen-Affectionen

habe ich nie Gelegenheit gehabt den Löffel zu verwenden, indess dürfte bei Neubildungen in der Blase der scharfe Löffel indicirt sein und bei Frauen durch die Urethra, bei Männern durch einen Schnitt, wie bei der Boutonnière eingeführt werden.

Bei einem solchen Patienten stiess ich beim Vorschlage zur Operation auf Widerspruch. Derselbe erlag nachträglich seinem Leiden. Hier hatte ich vor, wie bei der Boutonnière den Weg zur Blase zu bahnen und dann mit dem Simon'schen Blasenlöffel die Blase auszuräumen. Bei diesem Patienten konnte man durch die combinirte Untersuchung mittelst Catheter von der Blase aus und mit dem Finger vom Rectum aus nach-

weisen, dass in dem Blasengrunde ein Tumor als Ursache des Blasenleidens lag. Die Section erwies später, dass der Fundus der Blase an der betreffenden Stelle von einem infiltrirten Tumor occupirt war.

4. Bei Augen-Affectionen.

Von den dem scharfen Löffel zugängigen Schleimhaut-Affectionen ist an vierter Stelle das Trachoma verum der Augen zu erwähnen.

Die Wirkung des scharfen Löffels ist in diesem Falle gradezu eine sichere, und dürfte durch dieselbe die Heilungsdauer auf eine bedeutend kürzere Zeit zurückgeführt, und was noch mehr sagen will, der Erfolg ein ganz gesicherter sein.

Alle bisherigen Mittel sind gegen das Trachoma verum fast wirkungslos. Der Blaustift, welcher bisheran als das Universalmittel gegen das Leiden genannt wird, ist oft im Grunde genommen demselben gegenüber höchst wirkungslos; in entgegengesetztem Falle würden die Trachom-Kranken nicht Jahre lang ständige Patienten der Specialisten sein.

Ich spreche hier von dem Trachoma verum, welches durch seine kleinen halblinsengrossen Einlagerungen für den Specialisten von der chronischen Blennorrhoe oder ägyptischen Augenentzündung hinlänglich geschieden ist. Doch will ich hiermit nicht gesagt haben, dass die Auslöfflung nicht auch gegen die papilläre Schwellung, welche bei der ägyptischen Augenentzündung besteht, gute Dienste leistete. Wenigstens habe ich oft Gelegenheit gehabt beim Trachoma verum combinirt mit papillärer Schwellung, letztere auch mit Erfolg abzuschaben.

Alle Fälle, worin der scharfe Löffel gebraucht worden ist, sind hartnäckige, veraltete, welche zum grössten Theile schon Jahre lang die Kliniken der verschiedensten Specialisten besucht hatten; einige waren auch von mir persönlich nach den Regeln der Kunst vergeblich behandelt worden, ohne dass irgend etwas Namhaftes erzielt worden wäre.

Die Auslöfflung ist im Anfange nur bei den verzweifelsten Fällen gemacht worden, indem ich anfänglich zu ängstlich war, den insultirenden Eingriff auf die Conjunctiva palpebrae zu machen, einestheils aus Furcht, es möchte eine augenblickliche Ge-

fahr für das Auge durch das Trauma entstehen, anderestheils es möchten Narben aus der Auslöfflung resultiren. Alle diese Befürchtungen waren indess unnöthig.

Die Auslöfflung habe ich anfänglich folgender Massen ausführt: Das obere Lid wird evertirt und nun eine Hornplatte untergeschoben, um eine feste Unterlage zu gewinnen. Hierauf werden die Trachomkörner mit einem kleinen, recht scharfen Löffel ausgeschabt; es ist merkwürdig zu sehen, wie die einzelnen Körner an den Stellen, wo sie vereinzelt stehen, aus ihren Nischen herausgehoben werden können; es sieht die Schleimhaut siebartig durchlöchert aus. Die gesunde Schleimhaut bleibt ganz unversehrt und weicht dem Löffel aus. Dort, wo die Trachomkörner dicht aneinander gedrängt liegen, ist dies nicht der Fall.

Mir ist, nebenbei bemerkt, hierbei stets die Wahrnehmung auffällig gewesen, dass die Trachomkörner in ihrer Consistenz ganz verschieden sind, die Consistenz differirt von Knorpelhärte bis zur Weichheit von kleinzelligem Granulationsgewebe. Früher habe ich, nachdem ich die Auslöfflung vorgenommen hatte, die Fläche mit Höllenstein in Substanz touchirt, dann mit Salzlösung bepinselt und hierauf Oel in's Auge eingeträufelt. Den ersten Tag liess ich wegen der starken Reaction Eisumschläge machen und das Auge sehr oft auswaschen. Der Verlauf war stets ein günstiger.

In einem Falle trat nachträglich Diphtheritis der Schleimhaut an beiden Augen hinzu, welche an einem Auge zu Phthisis führte.

Der betreffende Patient M. aus K. war in einem früher als Küche benutzten, feuchten Raume untergebracht, wohin nie ein Sonnenstrahl drang, welchen die Besitzerin des Hauses, die Schwester des Patienten, verlassen hatte, weil sie, so lange sie dort schlief, stets krank war.

Die Schwester litt schon seit einem halben Jahre an Intermittens larvata (einer hartnäckigen Supraorbital-Neuralgie), welche erst nach dem andauernden Gebrauche von sehr hohen Dosen Chinin geheilt wurde. Diese Intermittens ist jedenfalls auch dem langdauernden Aufenthalt in dem feuchten Zimmer zuzuschreiben.

Ich bringe die Diphtheritis der Conjunctiva bulbi mit der feuchten Beschaffenheit des Krankenzimmers in Verbindung. Indess gestehe ich auch gerne ein, dass ich seit der Zeit das Touchiren mit Höllenstein unterlasse. Hierbei habe ich die angenehme Beobachtung gemacht, dass die Reation, die Schwellung der Lider, eine viel geringere ist und trotzdem der Erfolg in gleicher Weise ein guter.

Was die Narbenbildung mit ihren Folgen betrifft, so ist selbige ganz minimal, und wenn man die Vorsicht gebraucht, nicht zuviel fortnehmen zu wollen, sondern nur einige Male unter sanftem Drücken mit dem Löffel über die afficirte Stelle hin fährt, so erhält man eine ganz glatte Fläche, ohne jegliche Narbenbildung. Im Gegensatz hierzu ist nicht zu vergessen, dass bei der sonst regelrechten Behandlung des Trachoms nachher fast stets eine kahnförmige Verbiegung des Knorpels entsteht, welche auch nicht im Entferntesten einen Vergleich auszuhalten vermag mit der nach der Auslöfflung nur in einem Falle beobachteten geringen Narbenbildung.

Nachher wenn die entzündliche Reation abgelaufen ist, wird die Conjunctiva von Zeit zu Zeit mit einer leichten Lapislösung touchirt. Der Erfolg ist stets ein vollkommener, das Trochom wird ganz geheilt, so dass absolut keine Trachomkörner mehr zu entdecken sind.

Ausserdem hat die Behandlung einen sehr günstigen Einfluss auf die Rückbildung des Pannus. Es versteht sich von selber, dass Letzteres nur bedingungsweise gesagt ist; alle Unregelmässigkeiten und Trübungen des Pannus schwinden wohl nicht, indess ist es wunderbar, wie die von Gefässen durchzogene, mit Unebenheiten bedeckte, von Trübungen occupirte Cornea sich nach der Auslöfflung in einer nie gewohnten Weise aufhellt.

In keinem der bisheran behandelten Fälle hat die Methode im Stiche gelassen, in keinem hat sich eine nennenswerthe Narbe entwickelt und in keinem ist nachträglich ein Recidiv eingetreten. Die meisten Fälle sind noch in Beobachtung, so dass man mir nicht etwa entgegenhalten kann, dass doch der Erfolg vielleicht kein nachhaltiger gewesen ist.

Sehr selten wird es nöthig, die Ausschabung 2—3 Mal zu wiederholen; nur 1 Mal musste sie 3 Mal gemacht werden.

Der Fall war indess auch ein höchst verzweifelter und erlaube ich mir daher, denselben hier etwas genauer zu beschreiben.

Romagnon, Peter, 23 Jahre alt, Maurer, Italiener, am 10. August aufgenommen, leidet schon seit 14 Monaten an Trachoma verum oc. utr., und war dieserhalb ein Jahr lang in der ständigen clinischen Behandlung eines hiesigen renomirten Augenarztes. Ich habe nie solche massenhaft dicke Auflagerungen gesehen, wie in diesem Falle. Die ganze Knorpelfläche des obern Lides war von einer eigenthümlichen sulzigen, weichen Masse occupirt; eigentliche einzelstehende Trachomkörner waren in dieser gelatinösen Masse nicht zu erkennen, nur am Rande der Infiltration sah man einzelne, grobe Körner eingesprengt. Beide Corneae waren von Pannus totalis occupirt und die Oberfläche gestippt, rauh, mit Façetten versehen. Patient sah nur in unmittelbarster Nähe die Finger.

Da der Fall ein so höchst verzweifelter war, da alle bisheran angewandten Mittel sich erfolglos bewiesen, so verführte mich dies zum ersten Male, die Auslöfflung an einem Auge zu versuchen. Die abgeschabte gelatinöse Masse war zum mindesten 1—1½ Linie dick aufgelagert und höchst weich. Dieser Fall war das Extrem von Weichheit der Trachommasse; in der Structur war die Masse microscopisch von einem kleinzelligen Granulationsgewebe nicht zu unterscheiden.

Nach der Auslöfflung wurde die innere Knorpelfläche, welche ganz frei zu Tage lag, mit Lapis touchirt und der Ueberschuss des Höllensteines mit Salzwasser neutralisirt; dann Oel eingestrichen.

Die Reaction war eine ziemlich starke, der Verlauf indess ein günstiger. Um mich kurz zu fassen, wurde Patient nach einem halben Jahre, nachdem das rechte Auge 3 Mal und das linke Auge 2 Mal ausgeschabt worden war, geheilt entlassen. Der Pannus war geschwunden, das Sehvermögen bedeutend gebessert, für die Ferne 20/100 — 20/70, in der Nähe konnte Patient kleinen Druck unterscheiden.

Der Kranke war noch lange Zeit (4 Monate) nach der eingetretenen Heilung im Hospitale und wurde alle paar Tage mit einer ½ % Höllensteinlösung touchirt, so dass ein Recidiv mit

Sicherheit ausgeschlossen ist. Die Narbenbildung ist eine sehr geringe und jedenfalls auf das Touchiren mit Höllenstein in Substanz zum grössten Theile zu schieben, was ich jetzt nicht mehr thue.

Der zweite Fall betrifft einen hiesigen Waisenzögling, welcher ebenfalls schon seit langer Zeit von einem tüchtigen Specialisten behandelt worden ist.

Montanelli, Peter, 13 Jahre alt aus Cöln, 21. October 1875 aufgenommen, am 25. November 1875 geheilt entlassen. Auch in diesem Falle bestand auf beiden Augen ein starkes Trachom. Die Corneae waren beiderseits durch Pannus sehr getrübt, das Sehvermögen bedeutend herabgesetzt.

Auch bei diesem Patienten war die Trachommasse weich, sehr dick aufgelagert, indess nicht so stark als im ersten Falle, auch bei ihm war die Weichheit des Gewebes sehr ausgeprägt, doch lange nicht in solch ausgesprochenen Massstabe, als im eben erwähnten.

Der Erfolg war ein äusserst günstiger, die Operation wurde nur ein einziges Mal gemacht, es trat kein Recidiv ein.

Ich sehe Patient jetzt, im Juli 1876, noch alle Wochen, es ist kein Recidiv eingetreten, indess auf dem rechten Auge eine leichte Narbe, welche jedoch das Auge durchaus nicht schädigt.

Das Sehvermögen ist bedeutend gebessert und kann Patient dem Unterricht jetzt gut folgen, was er seit Jahren nicht vermochte.

Der dritte Fall betraf eine Dame aus Cöln, welche ebenfalls schon seit Jahren von Augenärzten vergeblich behandelt worden war. Fräulein G. aus Cöln litt an einem Trachome des rechten Auges. Die Körner waren hier härter, kleiner und lagen mehr zerstreut. Da Patientin so lange vergeblich behandelt worden war, so war ich in der Anwendung des Löffels etwas dreister; es war der Fall nicht so verzweifelt, die Trachombildung war geringer, als in den beiden vorhergehenden.

Ich machte die Auslöfflung im Juli 1875 und sah nach der Auslöfflung den Knorpel siebförmig entblösst zu Tage liegen.

Der Verlauf war ein sehr günstiger, mit einer Operation sind alle Körner geschwunden, es ist kein Recidiv mehr einge-

treten; Patientin ist, Juli 1876, noch stets in meiner Beobachtung. Die Conjunctiva palpebrae ist ganz glatt, es besteht absolut keine Narbe; das Trachom ist ganz geheilt.

Im Vereine mit dem Collegen Herrn Dr. Schmitz, Augenarzt in Cöln, habe ich die Conjunctiva eines Gefangenen, welcher seit 2 Jahren an Trachom litt und dieserhalb behandelt worden war, abgeschabt.

Der Erfolg war auch in diesem Falle, wie mir Herr Dr. Schmitz sowohl schriftlich als persönlich mittheilte, ein frappanter und dauernder. Die genauern, mir hierüber zur Verfügung gestellten Notizen sind leider abhanden gekommen.

Seidelberg, Andreas, 9 Jahr alt, aus Cöln, Trachom, am 18. October 1875 aufgenommen. Patient litt schon seit langer Zeit an Trachom des rechten Auges und wurde dieserhalb vergeblich behandelt.

Behandlung: Abschaben und Touchiren.

Die Nachbehandlung bestand wie stets in Bepinseln mit Lap.-Lösung 1:100.

25. November geheilt entlassen mit glatter Conjunctiva.

Richartz, Sophia, 60 Jahre alt, aus Cöln, mit Trachoma verum am 28. Januar 1876 aufgenommen, am 11. Mai entlassen. Beiderseits bestand Trachom. Das Sehvermögen war ganz bedeutend heruntergesetzt.

20. Februar. Auslöfflung des Trachom beiderseits.

Am 1. April war Patientin sehr gebessert und sollte entlassen werden, als plötzlich ein Erysipelas facici sich einstellte.

11. Mai Entlassung, Trachom ist geheilt, Sehvermögen bedeutend gebessert.

Acker, J., 11 Jahre alt, aus Düren, ist seit einem Jahre von mir an Trachoma verum behandelt worden. Der Erfolg war ein geringer. Im Juli 1876 habe ich, ermüdet von der Wirkungslosigkeit der Behandlung, beiderseits die Ausschabung der Trachomkörner gemacht. Dieselben zeigneten sich durch die ausserordentliche Härte aus, die Körner waren knorpelhart; es knirschte ordentlich beim Ausschaben derselben. Nach der Ausschabung war ein siebförmiges Netzwerk vorhanden.

In diesem Falle habe ich nach der Ausschabung nicht

touchirt, hingegen dieselbe sich viel rascher folgen lassen als früher, nämlich 2 Mal in 8 Tagen.

In den 14 Tagen der jetzigen Behandlungsdauer habe ich viel mehr erzielt, als in einem ganzen Jahr der frühern Behandlung.

Die Conjunctiva palpebrae ist glatt, alle Trachomkörner sind verschwunden, es besteht gar keine Narbe.

Wenn man nach der Auslöfflung nicht touchirt, wie ich es in diesem Falle that, so ist die Reaction eine höchst geringe.

Sommer, Anna, 22 Jahre alt, aus Altdorf, aufgenommen am 2. Dezember mit Trachoma verum oc. utr., wurde auf jedem Auge ausgeschabt.

Diese Patientin war längere Zeit vorher von mir ohne Erfolg behandelt worden. Nach der Ausschabung trat eine rasche Besserung ein, so dass sie nach 3 Wochen geheilt entlassen werden konnte.

Midder, Carl Jos., 12 Jahre alt, wurde wegen Trachoma verum beiderseits zweimal operirt und bald entlassen.

Patient muss noch einmal in Behandlung treten.

Im Ganzen wurde die Auslöfflung in 11 Fällen 27 Mal gemacht.

Bei 3 Patienten musste die Operation wiederholt werden und zwar bei einem Patienten an dem einen Auge 3 Mal, auf dem andern 2 Mal; bei den übrigen 2 Patienten musste sie beiderseits 2 Mal wiederholt werden.

In 2 Fällen wurde die Operation nur auf einem Auge 1 Mal gemacht, während sie in den übrigen 6 Fällen auf jedem Auge 1 Mal vorgenommen werden musste. Der Frfolg war immer ein sehr guter, nur ein einziges Mal, bei dem Waisenknaben Midder, wurde später ein zweites Mal ausgeschabt.

In 1 Falle musste nachträglich wegen Verengerung des Thränennasencanales die Erweiterung des letztern nach Stilling gemacht werden.

5. Bei Ohrkrankheiten

kam der scharfe Löffel auch mehrmals zur Anwendung.

1. Bei weicher Polypenbildung im Ohr. Da das Gewebe bei

Ohrpolypen meist ganz weich ist, so hielt ich dasselbe nach Annalogie von Lupus ebenfalls für ein geeignetes Object, um mit dem scharfen Löffel entfernt zu werden. Ein Patient, welcher schon seit 1½ Jahr ständiger Insasse des Hospitals war, schien durch die ausserordentliche Härtnäckigkeit besonders zur Auslöfflung aufzufordern.

Schaefer, Nicolaus, 11 Jahre alt, war wegen linksseitigem weichem Ohrpolypen schon mehrmals von Herrn Geh. Rath Dr. Fischer operirt worden, indess stets kehrte das Uebel bald wieder. Seit einem Jahre war Patient nun dauernd im Hospitale.

Anfänglich versuchte ich den Polypen mit der Schlinge zu entfernen; endlich behandelte ich ihn 2 Mal nach Voltolini galvanocaustisch, indess auch hiernach trat bald ein Recidiv ein.

Von dem Gedanken ausgehend, dass es mit einem ganz kleinen, eigens zu diesem Zwecke construirten Löffel, möglich sein würde, alles Krankhafte genau zu entfernen, dass man durch sanft drehende Bewegungen mit diesem Instrument das weiche Gewebe des Polypen leicht aufsuchen und so denselben sammt Stiel ganz entfernen könne, was ja bei allen andern Methoden nicht möglich, entschloss ich mich zur Auslöfflung.

Ich entfernte daher am 13. Januar 1876 mit einem kleinen scharfen Löffel, welcher hierselbst vom Instrumentenmacher Hoch, Nachfolger von Hunzinger, zu beziehen ist, den Polypen. Bei der Ausführung der Operation braucht man nicht zu ängstlich zu sein. Im Anfange war ich sehr besorgt, es möchte eine stärkere Reation und vielleicht gar eine Meningitis eintreten können, indess ist diese Besorgniss übertrieben. Ich habe bisheran 13 Mal die Auslöfflung gemacht, ohne dass etwas Besorgniss Erregendes eingetreten wäre. Es entsteht nur gleich nach der Operation eine ziemlich starke Blutung, wesshalb ich Injectionen von kaltem Wasser machen lasse. In den ersten Tagen lasse ich des stärkern Ausflusses halber täglich 4 bis 6 Mal das Ohr mit lauwarmen Wasser ausspritzen, um eine Stagnation des Eiters zu verhindern.

Für's 1. Mal war ich in der Ausführung der Operation etwas beengt und suchte nicht dreist genug nach allem Krankhaften. Ich entfernte nicht Alles, und es trat nach Monaten schon ein Recidiv ein. Ich musste daher die Operation nochmals wie-

derholen am 4. März 1876. Seit jener Zeit aber ist kein Recidiv mehr eingetreten, und konnte Patient bald geheilt entlassen werden.

Die Auslöfflung des weichen Polypen habe ich im Ganzen 5 Mal in 2 Fällen an 3 verschiedenen Ohren gemacht; im 1. Falle trat ein Recidiv ein, in dem andern Falle indess nicht. In beiden Fällen war später die Heilung dauernd.

Ein Mal habe ich die Wurzel eines festen Polypen, welchen ich früher mit der galvanocaustischen Schlinge entfernt hatte, mit dem scharfen Löffel herausbefördert.

Voss, 15 Jahre alt, aus Mülheim, stellte sich vor mit einem Polypen von der Dicke eines kleinen Fingers. Ich entfernte denselben mittelst der galvanocaustischen Schlinge; da aber ein Stück Wurzel stehen geblieben war, so removirte ich dieses am 4. Mai 1876, etwa einen Monat später, mit dem scharfen Löffel. Es ist nachher kein Recidiv eingetreten; Patient hat sich noch im Juli 1876 vorgestellt.

Durch die Erfolge, welche ich bei den weichen Polypen des Ohres erzielt, glaubte ich auch einen Schritt weiter gehen zu dürfen, und den Löffel bei eitrigem Catarrhe der inneren Trommelhöhle, wenn gleichzeitig eine starke Schleimhaut-Schwellung oder Caries bestände, anwenden zu dürfen.

Dieserhalb habe ich 7 Mal die Ausschabung gemacht. Dieselbe wurde jedesmal gut ertragen. Der Erfolg war stets ein guter.

Ich hebe nochmals hervor, dass ich die Auslöfflung nur vornehme bei stark eitrigem Catarrhe, wo die Schleimhaut sehr verdickt ist, oder gar Granulationen bestehen, oder Caries des Ohres vorhanden ist, welch' Letzteres einmal der Fall war.

6. Mund-Rachenhöhle.

a. Die Auslöfflung hat sich ferner sehr bewährt bei Pharyngitis granulosa. Alle andern Mittel, welche ich bisheran versucht habe, wie starkes Touchiren mit Höllenstein in Substanz, sind diesem lästigen hartnäckigen Leiden gegenüber, wenigstens in meinen Händen, ohnmächtig gewesen.

Am wirksamsten fand ich noch nachher die galvanokaustische Behandlung, indess ist diese sehr langweilig, zeit-

raubend und erfordert oft 8—10 Mal die Wiederholung der Procedur. Ich habe dieselbe zum Mindesten in 8 Fällen angewandt und jedesmal eine bedeutende Besserung, einige Male sogar eine relative Heilung erzielt. Viel wirksamer, als die galvanokaustische Behandlung, ist indess Ausschabung der Granulationen mit dem scharfen Löffel; in den meisten Fällen kommt man mit einer einzigen Ausschabung zum Ziele.

Besonders empfiehlt sich die Auslöfflung bei sehr starken Auflagerungen, wie bei einer Patientin, bei welcher durch Auflagerungen auf die hintere und seitliche Wand des Pharynx der Rachen bedeutend verengt war, so dass bei würgartigen Bewegungen, wie sie sich bei der genauen Untersuchung stets einstellten, die Pharynxwände sich fest aneinderlegten.

Die Fälle von Pharyngitis granulosa, wobei die Ausschabung gemacht wurde, sind folgende:

Frl. S., 21 Jahre alt, aus Alsdorf, litt schon Jahre lang an Pharyngitis granulosa und wurde auch dieserhalb längere Zeit von mir ohne besondern Erfolg behandelt. Nach einer einmaligen Ausschabung waren die Halsbeschwerden für immer verschwunden.

Bei der zweiten Patientin, Margaretha Hackenbroich, musste die Ausschabung 2 Mal wiederholt werden, um zu dem nämlichen Resultate zu gelangen.

Bei Gottfried, W., 20 Jahre alt, aus Cöln, wurde ebenfalls wegen starken Auflagerungen auf der hintern Rachenwand die Abschabung der Granulationen gemacht. Patient litt schon seit einer Reihe von Jahren an Rachencatarrh, zu dessen Heilung er schon eine grosse Zahl von Aerzten und Specialisten consultirt hatte. Es entstand, wie stets nach der Ausschabung, ein starker diphtheritisch aussehender Belag auf der hintern Rachenwand, welcher sich innerhalb 8 Tage abstiess. Nachträglich musste ich noch einige Male die Rachenwand touchiren, um zu einer dauernden Heilung zu gelangen.

Drei Viertel Jahr nachher stellte sich Patient wieder vor, und war noch vollständig frei von seinem alten, hartnäckigen Uebel.

Der vierte Fall betrifft Herrn V. aus Bayenthal. Auch hier war das Leiden ein sehr hartnäckiges und lang behandeltes. Die einmalige Ausschabung genügte, um Patienten schon mit dem

gewonnenen Resultate zufrieden zu stellen. Indess hoffe ich, dass ich durch eine nochmalige Ausschabung den letzten, allerdings minimalen Rest von Auflagerungen ausmerzen werde.

Der fünfte Fall betrifft Frl. H., 16 Jahre alt, aus Deutz. Dieselbe leidet schon seit einer Reihe von Jahren an dieser Krankheit. In diesem Falle war die Granulationsbildung eine ausserordentlich starke; die Granulationen berührten sich bei Würgbewegungen. Nach einer zweimaligen Ausschabung war das Leiden gehoben.

Die Ausführung der Operation ist ziemlich schmerzhaft und ruft sehr gerne Würgbewegung hervor.

In der der Operation folgenden Nacht hatte Patientin das Gefühl, als ob ihr der Hals zugehen wolle.

Als bestes Linderungsmittel hiergegen hat sich mir das Schlucken von Eis gezeigt, wesshalb ich jedem Operirten den Rath gebe, in den ersten 24 Stunden viel mit Eis- resp. kaltem Wasser zu gurgeln. Es entsteht Anfangs regelmässig an der abgeschabten Stelle ein diphtheritisartig aussehender Belag, welcher unter der Anwendung von warmen Gurgelwässern innerhalb 6-8 Tagen schwindet. In der Folge touchire ich noch einige Male den Rachen mit Höllenstein in Substanz.

Der Erfolg der Behandlung war bisheran stets ein sicherer und rasch zum Ziele führender. Ich kann daher diese Behandlungsmethode nur dringend empfehlen.

b. Zwei Mal habe ich die Auslöfflung eines Carcinoms des Mundbodens gemacht. Dasselbe war als Recidiv eingetreten nach einem Carcinoma linguae, und ist schon bei den Affectionen der Zunge erwähnt worden.

Pretzel, August, 64 Jahre alt, aus Deutz, stellte sich vor mit Carcinoma linguae. Da das Neugebilde bis zum Fundus linguae vordrang, so wurde nach Billroth die ganze Zunge am 29. Juli 1875 unterhalb des Unterkiefers entfernt. Es trat nach einigen Tagen ein Recidiv ein, und zwar unterhalb der Zunge am Boden des Mundes. Dasselbe wurde ausgelöffelt am 30. October 1875.

Nach 3 Monaten war wieder ein Recidiv vorhanden, so dass die Auslöfflung am 25. Januar 1876 nochmals vorgenommen werden musste.

Das zweite Neugebilde betraf den Eisenbahnbeamten Corell,

44 Jahre alt, aus Cöln. Patient stellte sich am 4. Januar mit einer üppig wuchernden Neubildung des Palatum durum vor.

Das Gebilde war mindestens eigross, hatte eine blumenkohlartige Oberfläche. Die Wurzel war viel schmäler als das Gewächs selbst. Dasselbe wurde mit dem scharfen Löffel am 6. Januar 1876 ausgeschabt. Es ergab sich hierbei, dass das Palatum durum durchwachsen war, so dass dasselbe in der Ausdehnung eines Thalers entfernt werden musste.

Patient konnte nach 3 Wochen geheilt entlassen werden.

Im Juli stellt Patient sich vor mit einer Gaumenplatte, die Sprache ist sehr deutlich. Es ist bisher noch kein Recidiv eingetreten.

c. Ich habe die Auslöfflung des Mundes 1 Mal gemacht bei einem Geschwür der Zunge. Unter welchen Species ich dieses Geschwür unterbringen soll, wage ich nicht zu sagen. Dasselbe sass an der Spitze der Zunge und hatte einen etwas unterminirten Rand. Die Grundfläche war buchtig und käsig belegt.

Ein ulcus irritativum von einem spitzen Zahn herrührend war es nicht, weil letzterer fehlte, und weil es nach der Ausschabung rasch ausheilte.

Für ein Carcinom hielt ich es auch nicht, denn es fehlte die Härte. Für ein Ulcus syphiliticum hatte ich sowohl wegen der Beschaffenheit als anamnestisch keine Anhaltspunkte. Ausserdem ist innerlich antisyphilitisch Nichts verabfolgt worden und trotzdem heilte das Geschwür nach der Ausschabung rasch zu. Es blieb mir also nur übrig, dasselbe für ein ulcus tuberculosum zu halten, ohne dafür gerade an der Zunge characteristische Zeichen vorzufinden.

Der Verlauf war ein sehr guter. Die Heilung ging rasch von statten, innerhalb 14 Tagen.

d. Bei Lupus des Zahnfleisches und des harten Gaumens habe ich ebenfalls in zwei Fällen den scharfen Löffel zu erproben Gelegenheit gehabt.

In beiden Fällen war der Effect ein sehr guter, wie er ja auch nicht anders nach Analogie beim Lupus der Haut zu erwarten war.

Fräulein X. aus Altdorf ward früher schon von mir wegen

Lupus narium mit dem scharfen Löffel behandelt. Nachträglich wurde an ihr eine Rhinoplastik gemacht. Der Fall fand schon Erwähnung beim Gesichte in dem statistischen Theile. Selbige stellte sich mir in diesem Jahre mit einem Lupus am harten Gaumen vor. Die Schleimhaut des Zahnfleisches war ganz frei, das Palatum durum aber vollständig von rothen Granulationsknöpfen bedeckt, welche stellenweise blumenkohlartig wucherten und eine $\frac{1}{2}$ Zoll dicke Lage bildeten.

Mit dem scharfen Löffel wurde das Neugebilde abgetragen und darauf der Boden mit dem Chlorzinkstift touchirt.

Der Verlauf war ein sehr guter; die Heilung eine vollkommene.

Fräulein Acker, 35 Jahre alt, aus Meckenheim, wurde im Jahre 1874 wegen Lupus narium behandelt.

Im Jahre 1876 kehrte Patientin wieder mit Lupus narium, gingivae et palati duri. Das Neugebilde des Mundes glich dem oben beschriebenen ganz und gar.

Behandlung: Ausschabung und Touchiren mit Chlorzinkstift. Die Vorderzähne mussten extrahirt werden. Der Verlauf war ein sehr guter. Die Heilung ging innerhalb 14 Tagen von statten.

e. Bei Gumma veli palatini bewährt sich die Auslöfflung ebenfalls.

Bei Herrn X. aus A. habe ich ein 10 groschenstück grosses Gumma, welches bis dahin aller Behandlung trotzte, ausgeschabt und innerhalb kurzer Zeit das Leiden zur Heilung gebracht. Der entstandene Defect ist sehr klein und muss noch durch eine Staphyloraphie geschlossen werden.

7. Bei Nasen-Affectionen

kam der Löffel in sehr ausgedehntem Massstabe zur Anwendung; a. besonders oft bei sogenannter Stinknase. Die Operation muss hier sehr oft wiederholt werden, meist 4—8 Mal. Da wir sonst dieser Affection gegenüber fast ganz machtlos sind, so ist in der That die Auslöfflung der Nase als ein sehr wirksames Heilmittel zu begrüssen.

Die Operation ist an und für sich eine wenig anziehende, indem der Löffel in etwas roher Weise in der Nasenhöhle herumgeführt wird.

Sehr unangenehm, im Anfange fast Besorgniss erregend, sind meist die sehr starken Blutungen, welche die Auslöfflung der Nase begleiten und zuweilen überdauern, indess nie gefährlich werden. Der grossen Schmerzhaftigkeit halber chloroformire ich stets die Patienten und mache die Auslöfflung bei stark nach vorn gesenktem Kopfe: es ist bei dieser Haltung nicht so leicht ein Eintritt von Blut in die Trachea zu befürchten. Gegen die starke Blutung lasse ich nachträglich Injectionen von geeistem Wasser machen, worauf die selbige bald steht.

Ein einziges Mal habe ich eine Unannehmlichkeit nach der Auslöfflung beobachtet. Es trat nämlich bei einer Patientin, an welcher ich in der Ambulanz die Operation der Auslöfflung vorgenommen hatte, zu Hause eine Nachblutung ein. Erst nachdem die Blutung für die Umstehenden einen gefahrdrohenden Character angenommen, als die Patientin aus einer Ohnmacht in die andere fiel, schickten die Angehörigen zu mir.

Ich hatte vor, die Tamponade gleich zu machen, indess da ich in der letzten Zeit so oft Erfolge von der Stillung der Nasenblutung durch eine Injection von Secale cornutum zu beobachten Gelegenheit hatte, so machte ich, zum Theil auch um die Patientin der Unannehmlichkeit der Tamponade zu entziehen, eine Injection von einer Spritze Extracti Secalis cornuti $2^1/_2$, Spiritus vin. rectific. et Glycerin âã 7, 5, während das Blut noch in starken Strömen aus der Nase floss. Die Blutung stand augenblicklich.

Hier im Hospital wird seit der Zeit bei Nasenbluten stets eine Injection von Secal. corn. gemacht, und wir haben dadurch, ob zufällig, wage ich nicht zu entscheiden, seitdem keine Nasentamponade mehr zu machen nöthig gehabt.

b. Einmal habe ich die Auslöfflung gemacht bei einem haselnussgrossen Enchondrom eines 8jährigen Knaben G. aus Zündorf. Das linke Nasenloch war vollständig verstopft. Das Enchondrom ging vom Septumknorpel aus.

Der Verlauf war ein sehr günstiger, und konnte Patient nach 10 Tagen geheilt entlassen werden.

c. Bei Epithelioma ist der scharfe Löffel ebenfalls mit Nutzen zu gebrauchen; ich hatte einmal Gelegenheit, denselben bei einer solchen Affection zu erproben.

Vomfey wurde schon im Jahre 1872 von mir an diesem Uebel operirt. Patient kehrte zurück im Jahre 1876 am 30. Februar mit einer carcinomatösen Geschwulst der Nasenscheidewand, welche mit dicken Krusten bedeckt war und das Nasenloch blockirte.

Nach Entfernung der Kruste hatte man ein buchtiges Ulcus vor sich, in seinem Erscheinen ganz einem exulcerirten Epitheliom gleichend, als welches es sich auch microscopisch documentirte. Die Basis der Geschwulst sitzt auf der Nasenscheidewand auf, ist in der Umgebung hart infiltrirt, und reicht bis zum Nasenloche. Auf dem Rücken der Nase befindet sich ein zweites Ulcus rodens.

Ich machte dieserhalb die Auslöfflung des Neugebildes, welches bis in den Vomer eindrang, so dass ein Theil desselben mit ausgelöffelt werden musste und ein fünfgroschenstückgrosser Defect entstand. Patient wurde in der Ambulanz operirt und nachbehandelt.

Das Ulcus rodens des Nasenrückens wurde ebenfalls ausgelöffelt.

Der zweite Fall gleicht dem ersten ganz und gar.

Meyer, Erhard, 35 Jahre alt, stellte sich im Februar 1876 vor mit einem Epithelioma der Nasenscheidewand, welches ausgelöffelt wurde.

Es musste die Operation 2 Mal wiederholt werden, indem sich 4 Monate nach der ersten Operation schon wieder ein Recidiv eingestellt hatte.

In einem dritten Falle machte ich ebenfalls wegen eines Epithelioma sept. nar. later. utr. die Auslöfflung.

Breuer, Anna, Sibilla, 43 Jahre alt, aus Cöln, 23. Mai 1876 aufgenommen mit einem blumenkohlartigen Gewächse der Nasenscheidewand.

25. Mai. Ausschabung; das Septum narium war perforirt.

31. Juni fast geheilt entlassen.

Das 4. Mal wurde die Auslöfflung bei Frau Pelzer, 55 Jahre alt, am 13. Januar 1876 wegen des nämlichen Leidens gemacht. Der Verlauf war günstig. Nach 14 Tagen geheilt entlassen.

d. Lupus der Nasenscheidewand habe ich oft beobachtet

mit gleichzeitig bestehendem Lupus an der Nase, wo der Lupus um die Nasenflügel und das Septum herum auf der Innenfläche fortkriecht. Derselbe wurde stets mit ausgelöffelt; indess ist diese Operation nicht als Theiloperation eingetragen worden, so dass ich, da die meisten Patienten ambulatorisch behandelt worden sind, über die Häufigkeit dieser Affection keinen Aufschluss geben kann; dem Totaleindruck nach halte ich es doch für sicher, dass dieselbe oft vorkommt. Es zeigt sich aber auch Lupus gesondert an der Nasenscheidewand allein, wo nicht eine directe Verbindung mit dem Lupus auf der Facialfläche zu constatiren ist; zum Belege führe ich folgenden Fall an:

Frl. L. aus H. leidet schon seit mindestens 20 Jahren an rechtsseitiger Verengerung des Thränennasencanals und wurde dieserhalb und wegen eines Folgezustandes, einer Entzündung des Thränensackes, von Hrn. Geh. Rath Dr. Fischer operirt.

In Folge dessen blieb eine Thränenfistel zurück, welche von Zeit zu Zeit einen Tropfen einer gelatinflüssigen Masse spendete. Es bestand zu damaliger Zeit schon ein Catarrh der Nase rechterseits, letzterer ging nachher auch auf die linke Nasenhälfte über; es entleerten sich von Zeit zu Zeit dicke Krusten aus der Nase, worauf der sonst gehemmte Luftstrom durch dieselbe freier wurde. Seit einigen Jahren trat auch eine Thränensack-Ectasie des linken Auges hinzu.

Seit einem Jahre haben sich auf der linken Gesichtshälfte Knötchen entwickelt, die jeder Behandlung widerstehen.

Augenblicklich besteht beiderseits starke Epiphora, rechts eine haarfeine Thränenfistel, beide Nasenlöcher sind durch Krusten obstruirt. Patientin kann fast keine Luft durch die Nase bekommen. Nach gehöriger Reinigung derselben sieht man mit dem Nasenspiegel, dass die Nasenscheidewand und die untere Muschel von granulations-ähnlichen Knoten bedeckt sind, die sich von den lupösen Wucherungen, welche am Zahnfleisch und harten Gaumen vorkommen, nur dadurch unterscheiden, dass sie weniger blutreich, blasser und kleiner sind. Der ganze untere Theil der Nase, die unteren Muscheln und die Nasenscheidewand waren von solchen Granulationsknoten wie besäet.

Ich habe diese Affection mehrmals ohne Lupus des Gesichts beobachtet und sie auch als solchen ansprechen zu müssen geglaubt,

Auf den verschiedenen Gebieten zeigt sich der Lupus auch verschieden, aus welchen Gründen, überlasse ich dem Histologen zu erklären, wie ja überhaupt der Schleimhautlupus, der der Gingiva, des harten Gaumens und des Rachens ein ganz anderes Bild gibt, als der Lupus der Haut. Es ist, als ob der Lupus an der Schleimhaut wegen des geringen Widerstandes seitens ihres Gewebes sich ohne Durchbrechung derselben mehr nach aussen vordränge und in Form von Kugeln, entsprechend der ursprünglichen Gestalt des Lupusknötchens, sich nach aussen ausdehne.

Auch in diesem speziellen Falle ist man berechtigt anzunehmen, dass der Lupus der Nasenscheidewand das Primaere gewesen ist und die Thränenaffectionen zur Folge hatte. Der Lupus, welcher sich als solcher durch einzelne livide Knötchen in der linken Wangenhälfte documentirte, zeigte sich auch als solcher beim Ausbohren der einzelnen Knötchen; man fiel mit dem Myrthenblatte in das weiche Lupusgewebe hinein, und es blieb eine kleine Lücke zurück, worin das Lupusknötchen eingebettet gewesen war.

Die Behandlung bestand darin, dass der Lupus der Nase ausgeschabt wurde. Ausserdem erweiterte ich beiderseits den Thränennasencanal in seiner ganzen Länge dadurch, dass ich mit einem Weber'schen Thränensack-Messerchen von dem Thränencanälchen aus in den Thränensack und weiter in den Thränennasencanal drang und die dickste Weber'sche Sonde einführte. Die Thränenfistel wurde mit einer glühenden Nadel wund gemacht, die Lupusknötchen auf der Wange durch drehende Bewegungen mit dem Myrthenblatte ausgebohrt und mit Chlorzinkstift touchirt.

Bei dieser Patientin trat nachträglich eine sehr heftige Nasenblutung ein, welche auch wieder durch eine Injection von Secale cornutum gestillt wurde.

Ich habe schon eben darauf aufmerksam gemacht, dass der Lupus der Nase in diesen Fällen das Primaere gewesen sei, wie aus der Anamnese klar hervorgeht. Ob nun damals der nämliche Nasenbefund vorlag, wie in den Fällen, in welchen ein directer Uebergang des Lupus auf die Nasenscheidewand stattfand, darüber könnte man noch streiten, indess ist es zum Mindesten sehr

wahrscheinlich. Der anatomische Befund ist ganz der gleiche bei den Fällen, wo Lupus sich direct um Nasenflügel und Nasenseptum auf das Innere der Nasenhöhle ausdehnt, wie bei denen, bei welchen das Septum allein occupirt ist, und die äussere Facialfläche, wie in dem einem erwähnten Falle, nur einzelne Knötchen zeigt.

Ich gehe indess noch einen Schritt weiter und behaupte, dass auch Lupus der Nasenscheidewand ohne jegliche Affection der äussern Nase und des Gesichtes vorkommt. Ich habe nämlich einen Fall augenblicklich noch in Beobachtung, dessen anatomischer Befund in der Nase ganz den übrigen erwähnten Fällen gleicht, während die äussere Nase und die Gesichtsfläche absolut frei ist.

Fräulein S., 23 Jahre alt, aus Cöln, consultirte mich wegen einer Ozaena foetida. Die äussere Gesichtsfläche und Nase ist ganz frei. Die Nasenscheidewand, sowie besonders die untere Fläche der Muscheln, ist von den oben beschriebenen Granulationen belegt, wie bei Fräulein L., stellenweise mit starken Krusten bedeckt.

Die Behandlung bestand darin, dass alle 3 Wochen die ganze Nase mit dem Löffel ausgeschabt wurde. Letzteres ist schon 5 Mal geschehen. Die Nachbehandlung besteht darin, dass in der Zwischenzeit die Nase mit einem kräftigen Strahle einer Kali chloricum-Lösung ausgespritzt wird.

e. Bei der syphilitischen Ozaena ist der scharfe Löffel höchst wirksam. Bis heran habe ich die syphilitische Ozaena in zwei Formen erscheinen gesehen: 1. Unter der Form von Geschwüren auf verdickter Schleimhaut. Dieselben können überall ihren Sitz haben, sind am häufigsten über die ganze untere Muschel und über die Scheidewand ausgebreitet. Die Schleimhaut ist dabei sehr verdickt, so dass oft die Nasenlöcher ganz blockirt sind; ich habe mehrmals in Aachen Gelegenheit gehabt diese Fälle zu sehen. Das Secret ist meist nicht sehr reichlich und trocknet auf dem Geschwürsgrunde leicht ein. Dabei besteht zuweilen ein höchst aashafter Geruch, indess nicht immer, und es ist mir nicht erklärlich, wesshalb dieser in dem einen Falle vorkommt, während in dem andern, ganz gleichen, nicht. Wenn der aashafte Geruch, wie Einige wollen, das pathognomische

Zeichen für Stinknase wäre, so müssten solche syphilitische Affectionen auch mit in diese Krankheiten aufgenommen werden.

Ob die Betheiligung des Knochens zur Hervorrufung des Gestankes nöthig ist, wage ich einstweilen nicht zu entscheiden. In einzelnen Fällen gelingt es, in dem Geschwürsgrunde den Knochen mit der Sonde entblösst zu finden, in andern Fällen gelingt dies trotz eifrigen Suchens nicht.

2. Die andere Form ist von der geschwürigen sehr verschieden. In solchen Fällen findet man Defecte in den Knochentheilen; nachdem sich schon, wie sich nachweisen lässt, grosse Knochenstücke ausgestossen haben, bilden sich an einzelnen Stellen sehr starke Verdickungen der Schleimhaut aus. Die Schleimhaut ist stark gewulstet, glatt, fast polypös entartet und in Mitte dieser entarteten Schleimhaut stösst man an einer ganz beschränkten und begrenzten Stelle auf entblössten Knochen. Auf den Schleimhautverdickungen, die meist den Muscheln angehören, liegen zuweilen Krusten, welche man vorher entfernen muss, um sich ein reines Bild von der Schleimhautaffection zu verschaffen.

Beide Formen eignen sich sehr zur Auslöffiung. Ich will die einzelnen Fälle hier nicht detaillirter besprechen, da dieselben in der Privatpraxis eines Collegen, Herrn Dr. Schuster in Aachen, zur Beobachtung kamen und jedenfalls von demselben noch veröffentlicht werden.

In fünf Fällen aus meiner eigenen Privatpraxis hatte ich nachträglich Gelegenheit, die Auslöffiung zu machen und den Werth des Löffels zu schätzen. Einen derselben will ich genauer hier anführen:

Herr X aus Cöln war schon zweimal innerhalb drei Jahren in Aachen und hat während der Zeit zum mindesten 100 Einreibungen gemacht, hat Jodkalium, nach Pfunden gerechnet, genommen, ohne dass es dieser Behandlungsmethode gelungen wäre, das Nasenleiden auch nur in etwa zu bessern. Von Aachen ungeheilt zurückgekehrt, consultirte Herr X. mich. Patient hat sehr heftige halbseitige Kopfschmerzen, kann fast keine Nacht schlafen und ist durch die langdauernden Schmerzen bis zum Gerippe abgemagert. Von Zeit zu Zeit entleert er massenhafte Krusten durch den Rachen. Es besteht in diesem Falle ein sehr stinkender Foetor.

Nachdem die Nase gehörig gereinigt war, entdeckte man an der Nasenscheidewand ein zerfallenes Gumma, die Nasenscheidewand war beiderseits mit Granulationen bedeckt.

12. August 1876. Behandlung. Auslöfflung der Granulation des zum mindesten thalergrossen Geschwüres und der Nasenscheidewand.

28. August. Patient ist schon geheilt und zeigt sich mir ab und zu in der Ambulanz. Sein Kräftezustand hat sich bedeutend gehoben.

Einen zweiten, dem ersten ganz gleichen Fall schliesse ich hier an. Patientin, Fräulein X, ward vor 18 Jahren inficirt; Dieselbe leidet schon seit einer Reihe von Jahren an heftigem, linksseitigem Kopfschmerze; die Nase ist stets verstopft, und von Zeit zu Zeit gelingt es der Patientin, durch Ausschnauben dicke Krusten zu entfernen, worauf sie etwas mehr Luft hat. Bei der Inspection sieht man die Nasenscheidewand nach Entfernung der Krusten mit Granulationen bedeckt. In der Mitte gelingt es mit der Sonde auf entblössten Knochen zu gelangen.

Behandlung. Abschabung der Nasenscheidewand und Entfernung eines fünfgroschenstückgrossen Knochenstückes. Die Heilung ging sehr rasch von statten; Patientin wird nach 8 Tagen geheilt entlassen, zur Nachkur nimmt sie noch Jodkalium.

f. Bei scorphulösen Nasengeschwüren kam der scharfe Löffel 1 Mal zur Anwendung.

Ein Fall von scorphulöser Nasenaffection kam in der jüngsten Zeit zur Beachtung.

Block, Helene, 15 Jahre alt, aus Cöln, ist schon längere Zeit in ärztlicher Behandlung gewesen.

Die Nasenscheidewand ist beiderseits von einem grossen Ulcus eingenommen und mit dicken Granulationen bedeckt.

Es ist mir unmöglich einen Unterschied zwischen dieser Affection und der ulcerösen syphilitschen Ozaena aufzufinden. Indess da das Mädchen auch noch sonstige Zeichen von Scrophulosis an sich trägt, da ausserdem keine Anhaltspunkte für die Annahme von Syphilis vorliegen, so muss ich die Affection als eine scrophulöse ansprechen.

Behandlung: Ausschabung, wobei ein grosser Defect in der Nasenscheidewand entstand. Das Mädchen ist augenblicklich noch in Behandlung.

Ich glaube noch einen Augenblick bei dem Gegenstande verweilen zu müssen.

Wie ich oben schon andeutete, existiren Formen von Ozaena, um diesen alten herkömmlichen Namen bei zu behalten, wo neben dem anatomischen Befunde ein aashafter Geruch besteht.

Indess ist nicht zu leugnen, dass zuweilen aashafter Geruch vorkommt, ohne dass auch nur irgend eine Affection in der Nase nachzuweisen ist, jedoch sind die Fälle nach meinen Beobachtungen höchst selten, meistens findet man etwas Pathologisches, bald Lupus, bald syphilitische Nasenaffection in den oben beschriebenen Erkrankungsformen, bald scrophulöse Nasengeschwüre. Ich habe wenigstens höchst selten Gelegenheit gehabt, diese Ozaena zu beobachten, wiewohl ich doch diesem Gegenstande meine besondere Aufmerksamkeit zugewendet und auch schon über eine ziemliche Reihe von Nasenaffectionen verfügt habe.

Es kommen sogar Fälle vor, wo bei einfacher Verdickung der Schleimhaut an der untern Muschel, und bei weissen grobkörnigen Auflagerungen auf der untern Muschel, wie sie beim chronischen Catarrh vorkommen, eine Ozaena foetida besteht.

Wenn von einer Ozaena gesprochen wird, so denkt man doch an die sogenannte Stinknase und es gehört gerade zum Krankheitsbilde der ekelhafte Geruch. Dieser ekelhafte Geruch kommt jedoch, wie ich schon sagte, bei chronischem Catarrh, bei syphilitischen Ulcerationen, bei Lupus und scrophulösen Geschwüren der Nase vor und zwar in ebenso prägnanter Weise ausgesprochen, wie bei der Ozaena ohne ausgeprägten anatomischen Befund. Ob der Geruch mehr oder weniger intensiv ist, ob noch andere Unterscheidungen vorliegen in dem Eindrucke, welchen die ächten Stinknasen auf den Geruchssinn des Untersuchenden ausüben, darüber kann man ja, da es eine höchst subjective Empfindung ist, streiten. Es mag ja in der That möglich sein, durch den Geruch die wahre Stinknase, d. h. die Stinknase, bei welcher kein prägnanter anatomischer Befund bisheran aufzufinden ist, von den Stinknasen mit anatomischen Befunde zu unterscheiden; indess halte ich es nicht für rathsam, die specifische Ozaena als eigne Krankheit hinzustellen; ich glaube, dass hierdurch eine grosse Verwirrung eintreten würde.

Es ist jedenfalls eine dankenswerthe Bereicherung der Kennt-

nisse der Nasenpathologie durch die neue Abhandlung des Herrn Dr. Michel gegeben, vide „Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes,“ worin er nachweist, dass die Stinknase die Folge eines Catarrhs in den Nebenhöhlen der Nase ist. Es würde sich daher sehr empfehlen, diese Krankheit bei ihrem wahren Namen „Catarrh des sinus sphenoidolis“ zu nennen.

Diese Ozaena habe ich nur zwei Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt, und war ich sehr erstaunt, als ich bei der Untersuchung höchst wenig oder gar keine erklärende anatomische Veränderung vorfand und ebenfalls bei der Auslöfflung nicht den Löffel mit Granulationsgeweben ausgefüllt fand. Dass natürlich in diesen Fällen der scharfe Löffel nicht an seinem Platze ist, da sich ja Nichts zum Ausschaben vorfindet, ist selbstverständlich. In den beiden Fällen, wo ich die Auslöfflung machte, nützte dieselbe nur zur Entfernung der angesammelten Krusten und weiter nichts.

Nach Entfernung derselben war allerdings der Erfolg anfänglich, da nebenbei Injectionen von lauwarmem Wasser und Bepinselungen mit Carbolöl gemacht wurden, höchst frappant, und glaubte ich in der That das Mittel zur Heilung dieser Affection sei gefunden, indess bin ich jetzt der Ansicht, dass der gleiche Erfolg durch einfache Injectionen etc. ebenso gut erreicht worden wäre; der Effect der Auslöfflung reducirt sich somit auf den einer gehörigen Reinigung der Nasenhöhle von dem eingetrockneten, stinkenden Secrete.

Der scharfe Löffel ist nur wirksam bei der Ozaena mit anatomischem Befunde, während er bei Ozaena ohne anatomischen Befund nicht mehr leistet, als eine ordentliche Reinigung der Nasenhöhle. Allerdings erreicht man diesen Zweck durch die Auslöfflung sehr rasch und gründlich.

Liste der Operationen.

		Seite.
I. Die äussere Haut.		IX
1. Lupus	72 Mal	IX
2. Tuberculosis	11 „	XII
3. Syphilitische Ulcera	6 „	XVII
4. Beingeschwüre	6 „	„
5. Phlegmone	5 „	XVIII
6. Furunkel und Carbunkel	13 „	XIX
7. Abscesse	28 „	XXI
8. Warzen	5 „	„
9. Neubildungen	3 „	
10. Chronische Hautausschläge:		XXII
a. Mentagra 3 Mal		
b. Favus 1 „		
c. Ekzema 8 „		
d. Psoriasis 7 „	19 „	
II. Affectionen der Sehnenscheiden und der Schleimbeutel.	2 Mal	XXVII
III. Lymphdrüsen.		XXVIII
1. Tuberculöse Drüsenentzündungen . . .	22 Mal	XXIX
2. Acute und chronische Drüseneiterungen:		XXX
acut eit'rige Entzündung	13 „	
phlegmonöse Entzündung	64 „	
3. Andere drüsige Organe	3 „	XXXIV
IV. Knochen-Affectionen.	60 Mal	XXXV

V. Affectionen der Schleimhaut.

			Seite.
1. Weibliche Genitalapparate		29 Mal	XLIII
2. Mastdarm-Affectionen		5 „	XLVII
3. Blasen-Affectionen			„
4. Augen-Affectionen		27 „	XLVIII
5. Ohren-Affectionen		13 „	LIV
6. Mund- und Rachenhöhle:			LVI
a. Pharingitis granulosa . .	7 Mal		
b. Neugebilde: Carcinom der Mundhöhle und Sarcom des harten Gaumens	3 „		
c. Tuberculöses Geschwür .	1 „		
d. Lupus des Zahnfleisches etc.	2 „		
e. Gumma des weichen Gaumens	1 „	14 „	
7. Nasen-Affectionen:			LX
a. Neubildungen	5 Mal		
b. Lupus	6 „		
c. Syphilitische Ozaena . .	4 „		
d. Scrophulöse Ozaena . .	1 „		
e. Ozaena ohne anatom. Befund resp. Catarrh des Sinus sphenoidalis	2 „	18 „	

Berichtigung.

Auf Seite XXXII, Zeile 6, muss es heissen: „11 Individuen" statt 14.
„ „ „ „ 7, „ „ „ „33 Mal" statt 96.

Zettler

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Bardenheuer, Bernhard,

Jahresbericht über die chirurgische Thätigkeit im Cölner Städtischen Bü
rger Hospitale während des Jahres 1875 Mit 50 in den Text gedruckten
Holzschnitten. Mit dem Appendix: 'Indicationen zur Anwendung des Scharfen
Löffels von Dr. B. Bardenheuer, Oberarzt...'

Cöln 1876

Chir. 12 k
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11332451-5